

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

Director - Propietario: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

Directores honorarios: D. RAMON SERRET Y COMIN y Excmo. Sr. D. ÁNGEL PULIDO

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO | Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL | Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ

J. BLANC Y FORTACÍN Del Hospital de la Princesa.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo. Académico de la Real de Medicina.	M. MARÍN AMAT Oftalmólogo Académico C. de la Real de Medicina.	J. y S. RATERA De las Beneficencias Provincial y Municipal de Madrid. Radiólogos del Hospital General y de San Juan de Dios.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	L. MARCO CORERA Prof. honoris causa del Inst. Rubio.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
J. CODINA CASTELLVÍ Académico. Médico de los Hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General.	J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto de Alfonso XIII.	T. HERNÁNDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	B. NAVARRO CÁNOVAS Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa.	F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	F. HUERTAS Del Hospital General. Académico de la de Medicina.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.	L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo.
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	C. JUARROS Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminológico.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.	J. M. DE VILLAVEVERDE Del Real Hospital del Buen Suceso. Del Instituto Cajal.
A. FERNÁNDEZ Ex-Interno de la Facultad y Hospitales.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.		R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General.
F. LÓPEZ PRIETO Ex-Médico Titular.			

Redactor Jurídico: **A. CORTEZO COLLANTES**

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Ciencia española. — Archivo é Inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de Investigación y de los Laboratorios nacionales. — Crítica, análisis y aceptación de los progresos extranjeros. — Fomento de la enseñanza. — Todos los Hospitales y Asilos serán Clínicas de enseñanza. — Edificios decorosos y suficientes. — Independencia del Profesorado y purificación en su ingreso. — Fomento premios y auxilios á los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.

SUMARIO: Sección científica: Mi experiencia en el tratamiento de la epilepsia genuina por el Dr. César Juarros. — Algo sobre la etiología y la herencia en los embarazos múltiples, por el Dr. D. Ignacio Fedriani. — Ideas clínicas: Conducta del corazón en las enfermedades infecciosas, por el Dr. G. R. Gonzalo. — Mi práctica de veinte años sobre el carbunco. Contribución á su estudio, por Pedro Muñoz Palop. — Ciego de nacimiento operado con éxito á los veintinueve años, por el Dr. Horacio Ferrer. — Bibliografía, por el Dr. A. Pulido Martín. — Periódicos médicos.

MI EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA GENUINA *

POR EL

DR. CÉSAR JUARROS

Concepto de la epilepsia.—Llevo veinte años tratando á los epilépticos con sujeción á ideas que, aun cuando expuestas reiteradamente por mí (1), necesito extractar aquí.

No considero epiléptico sino al enfermo que presenta el estado mental característico de esta dolencia (2). Las convulsiones estimolas como síndrome de proteiforme etiología. Lo mismo pueden presentarse en un epiléptico que en quien no tiene nada de tal. No existe síntoma alguno que autorice á calificar de solera epiléptica á una crisis convulsiva. Ducosté (3) ha probado que ni la inconsciencia.

Conforme con las ideas de Rosset (4), veo el ataque como una descerebración funcional, traducción morbosa de la reacción epileptoide normal—Freeman (5)—en los que sufren excitaciones dolorosas, ruidos fuertes, caídas, explosiones, aspersiones de agua fría, etc.

Los llamados ataques epilépticos han de entenderse como resultado de un conflicto entre la predisposición individual y el vigor del excitante.

Un estímulo violento podrá desencadenar las crisis aun en individuos poco propicios; uno débil logrará lo mismo en sujetos de gran predisposición.

* Comunicación al II Congreso Nacional de Medicina.

Acuñadas estas verdades, ante un convulsivante de mentalidad no epiléptica, habrá que buscar la razón provocadora. A este tipo de epilepsias cabe llamarlas pseudoepilepsias reflejas.

Pseudoepilepsias reflejas.—En todo enfermo falta de mentalidad epiléptica y con ataques epileptiformes ha de intentarse determinar la causa de éstos.

Suelen obtenerse así éxitos inesperados. A veces basta para conseguir la desaparición del síndrome la extirpación de un cornete nasal, hipertrofiado—Juarros (6)—, corregir defectos de refracción—Wyller (7)—, raspar unas vegetaciones adenoideas—Tsiminakis y Zograficos (8)—, modificar un bifgado cardíaco—Targowla (9)—, combatir un éxtasis gastrointestinal—Powers (10)—, curar una pleuresía—Laubry Bloch (11)—, hacer descender la cifra de la glucosa en un diabético—Juarros (12)—, suspender el hábito de fumar—Tedeschi (13), etc., etc.

Aumentando la minuciosidad clínica, acreciéntase la proporción de pseudoepilepsias reflejas. Mahomed (14) declara que la epilepsia puede ser efecto de las más diversas causas. Schott (15), que solo en el 15 por 100 de los casos no se encuentra la etiología.

Cuando resulta posible precisarla ella debe constituir el norte del tratamiento—Kehrer (16)—.

Antes de ordenar plan alguno me esfuerso en averiguar la causa de los ataques, sólo si no lo logro empleo medicamentos antiepilepticos.

Régimen de vida.—Recomiendo en todos los epilépticos una vida tranquila, igual, tan podada de ocios como de inquietudes.

En mi comunicación al Congreso de Moscu (17) ya hacía resaltar los beneficios de esta conducta. El tiempo ha reforzado mi opinión. Todos los pareceres la son propicios. Dos ejemplos: Maier (18) ha presenciado cómo el simple cambio de ambiente puede mejorar á los niños epilépticos; Clarke (19) *he mucho en la vida moderada y los recreos discretos.*

Alimentación.—Interin hay ataques ó cualquier síntoma psíquico agudo, mantengo rigurosamente el régimen lacto-vegetariano.

Ahoran mi determinación infinidad de argumentos. Rosanoff (20) recoge el hecho de la disminución de los ataques en un 14 por 100 con sólo cuidar del régimen alimenticio. Para Rodinet (21), los trastornos digestivos hacen más abundantes las crisis. La dieta vegetal los distancia—Rodinet y Lallemand (22).

Weeks, Dau, Renner, Wishart (23) estudiando la influencia del ayuno sobre los ataques, han hallado que los hace escasear. Sólo interin dura el ayuno. Según Hartenberg (24), la supresión de proteínas distancia los episodios convulsivos; él lo atribuye al empobrecimiento de las putrefacciones intestinales.

En otro trabajo (25) he citado 10 casos de tratamiento por los bromuros y la alimentación lactovegetariana; comparativamente lo obtenido fué:

En 2: el bromuro no da resultado.

En 1: fracasa el bromuro y triunfa la dieta.

En 1: pseudoepilepsia refleja.

En 2: no sirven de nada, ni bromuro ni dieta.

En 3: éxito de los medios higiénicos.

En 2: fué suficiente con el bromuro.

En una segunda serie:

1: éxito del bromuro.

4: nada ninguno de los dos.

2: epilepsias pseudorrelejas.

1: suspensión del bromuro por bromismo.

2: el bromuro no rinde resultado alguno.

5: el régimen logra lo que no logró el bromuro.

La experiencia vino á convencerme de que si rara vez se logra la cesación de los ataques por la dieta lactovegetariana, como *coadyuvante es valiosísima.*

Ordeno el régimen lactovegetariano en todos los casos.

Bromuros.—Los bromuros han gozado y gozan de gran predicamento. Inexplicablemente después del advenimiento del luminal.

Para Demole (26), no hay tratamiento mejor que el bromuro acompañado de un régimen pobre en cloruros. Pellet (27) cree posible darlo sin descanso durante largos años. Welscher (28) llega, en un entusiasmo difícil de compartir, á estimar al bromuro superior al luminal. Voivenel (29) le denomina el medicamento rey de la epilepsia. No faltan los opuestos á estas exageraciones. Deschamps (30) afirma que el de los bromuros no es un descubrimiento extraordinario.

Los bromuros presentan los siguientes inconvenientes:

a) Son mal tolerados por el estómago de gran número de enfermos.

b) Con frecuencia originan bromismo.

c) No es medicación de la epilepsia, sino del ataque.

d) Su acción resulta transitoria.

e) No mejoran los síntomas psíquicos.

f) Entorpecen las funciones intelectuales.

g) Exige una alimentación pobre en sal que no siempre es bien aceptada.

La decloruración es esencial. No puede pedirse á los bromuros toda la intensidad de acción de que son capaces sin este requisito. Reconócenlo todos los autores: Donath (31),

Balint (32), Ulrich (33), Stteffen (34), Von Wyss (35), etc.

Cuantas veces realicé la prueba de aumentar la cantidad de cloruro fueron más los ataques. Van den Velden (36) confirma la realidad del hecho.

Oldio-Payar (37) aporta como testimonio la retención de cloruro que él ha comprobado durante los ataques. Joedicks (38) sólo cree en la eficacia del bromuro. Bornouille (39) habla de acción específica. Wyss (40) transplanta el problema y defiende que si la escasez de cloruros influye es sólo por permitir la fijación de dosis más altas de bromuros. Markwal (41) niega que los cloruros sean un veneno específico para los epilépticos.

En medio de esta complejidad de opiniones presentan valor de faro los casos de Benasi (42), mejorados sólo por la decloruración. Ciertamente eran síndromes de poca intensidad.

Frente á las exaltaciones de los partidarios de la decloruración hay que recordar los perjudiciales efectos que ésta produce sobre el peso y las funciones psíquicas—Bäcker (42)—y la relativa frecuencia con que la desaparición de las convulsiones empeora el estado mental, como en el enfermo de Christinger (44).

Yo doy el bromuro acompañado de paulatina disminución de los cloruros alimenticios.

Para hacer más intensa la acción de los bromuros se han ideado varios métodos. Conozco prácticamente el de Flechsigt y el de Grasset.

En este último recurrí á la fórmula clásica—Martinet (45):

Arseniato de sosa.....	15 centigramos.
Bromuro potásico.....	100 gramos.
Agua destilada.....	1 litro.

Dosis.—Oscilante de dos á cinco cucharadas diarias—de las sopéras—y de cinco á dos, aumentando ó disminuyendo una cada cinco días.

Diez casos bastaron para conocer que la asociación con el arsénico no presentaba ventaja alguna.

El método de Flechsigt ó cura opibromurada alternante, Stuchlik (46) lo emplea mucho. Este método asociado á la hidroterapia, según las normas de Ziehnischen, ha proporcionado á Beaucamp (47) un 16,2 por 100 de resultados favorables. Kellner (47) eleva esta cifra al 25 por 100.

Con el bromuro el régimen declorurado, la dieta lactovegetariana y la organización higiénica de la vida no he sentido necesidad alguna de apelar al método de Flechsigt.

Para reforzar la intensidad de los bromuros se han ideado diversas fórmulas. Citaré las más usuales. Quien desee conocer más en detalle los productos bromurados que se ensayaron de 1894 á 1913 puede consultar el trabajo de Mangeldorff (49). Para los de 1910 á 1920, el de Grubbe (50).

Bromo coloidal.—No he comprobado las excelencias cantadas por G. F. Cobb (51).

Epileptol.—Rosenberg (52) confía mucho en él y lo mismo Hartman Gaspero (53). No es un preparado capaz de destronar al bromuro potásico ó sódico.

Sedobrol.—Mi experiencia es desfavorable. No comparto la opinión de Oberholzer (54) que lo receta aun reconociendo su falta de efecto sobre los equivalentes psíquicos, ni la de Wyrach (55), Ladesme (56), Eulenborg (57), Scholtz (58).—que habla de un 81 por 100 de éxitos.—Schulhof (59)—que declara su ineficacia en las psicosis epilépticas.—Donath (60), etc.

De la talabromín, semejante al sedobrol usado por Padovani (61), no tengo experiencia.

Bromoglidina.—Lo mismo me ocurre con la bromoglidina, de que fué paladín Demole (62), y con el glykobrom—Issakatz (63).

Sabromín.—Cuenta, entre otros, con el apoyo de Frohlich (64) y Finchs (65); Alambert y Aymes (66) le creen indicado si hay trastornos psíquicos. Aun desde este punto de vista, el sabromín es inferior al luminal.

Eleptin.—Compuesto de cerebrina, piperacina, óxido de cinc, fenacetina, sulfonal, tetraborato sódico, suero fisiológico y bromuros sódico y potásico, que, según Joedicke (67), sirve de poco.

Bromidia.—Bromuro potásico, cloral, cáñamo indio, hiosciamina. Excelente sedante de uso amplio en psiquiatría, antiepiléptico mediocre.

Neuronal.—Bromodietilacetamida; su pretendida ventaja de no producir acné—Joedicke (68)—no basta a compensar su debilidad de acción sobre las convulsiones.

Spasmosan.—La unión del bromuro con la valeriana es la base de este específico. Heinrich (69) lo alaba. No me atrevo a hacer otro tanto.

Bromuro é hidrato de cloral.—Lo usa Heinrich (70). No le encuentro ventajas.

Episan.—Bromuro, bórax, óxido de cinc y valerianato. Roeder (71) lo supone singularmente indicado en los niños. No tengo juicio formado.

Urebromina.—Preparado ideado para evitar el bromismo. Compuesto de bromuro, urea y calcio, que contiene el 36 por 100 de bromuro. Estimulan a usarlo, entre otros, Jach (72), Johannessohn (73) y Mangelsdorff (74). Su sucedáneo el *carmonal* ha sido estudiado por Hoppe (75). Suponiendo esquivar acciones nocivas sobre el riñón, ha sido propuesto el empleo del bromhidrato de urotropina—*esabromina*—Taufani (76). A esperanzas análogas se debe el auge pasajero del *zebromal*—Joedicke (77).

Se plantea mal el problema. Es cuestión de dosis y de idiosincrasia. Las dosis altas originarán ó no bromismo según el enfermo, el estado de sus emunctorios, etc. El dilema es éste: o se arrostran los daños del bromismo ó se ordenan cantidades de bromuro insuficientes.

Existen, según Landenheimer (77), dos clases de bromismo: uno agudo por falta de cloruro de sodio; otro crónico por defectuosa eliminación de los cloruros y bromuros. El primero puede combatirse administrando cloruro sódico. Es proceder que cuenta entre sus partidarios con Ulrich (79). Para Joedicke (80) el bromismo tiene un origen intestinal-yeuno ó duodeno.

Los resultados obtenidos por mí con el empleo del bromuro son los siguientes:

Desaparición de los ataques hasta permitir abandonar el bromuro.....	2 casos.
Desaparición de los ataques exigiendo persistir en la medicación.....	17 —
Disminución del número de ataques convulsivos en más del 50 por 100.....	125 —
Disminución del número de ataques en menos del 50 por 100.....	97 —
Ineficacia del tratamiento.....	29 —
Mejoría de los síntomas psíquicos.....	00 —
Casos de bromismo:	
Sin necesidad de abandonar el medicamento...	41 —
Con cesación del tratamiento.....	32 —
Total de casos tratados por el bromuro..	343 —

Dosis media empleada, de 5 á 10 gramos.

Actualmente sólo recorro al bromuro cuando fracasa ó está contraindicado el luminal.

Luminal.—Cuenta con la aquiescencia general. Soy incondicional suyo (81).

El luminal según Lashmore (82) mejora el psiquismo

epiléptico, sector sobre el que carecen de toda influencia los bromuros. J. Riising (83) niega tenga contraindicaciones. Tylor Fox (84) lo receta con gran éxito. Schneider Kurt (85) eleva éste á las dos terceras partes de los casos. Sturmann (86) confiesa que su acción sobre los ataques es superior á la del bromuro. Roueche (87) elogia el que no sean necesarias grandes dosis. Divry (88) estima más cómodo el manejo del luminal que el del bromuro. Fuchs (89) pregonaba que se producen excelentes resultados en las dos terceras partes de los enfermos. Frankhauser (90), que pueden verse aun en los epilépticos más graves con dosis de 0,2. Schoondermark (91) lo estima indicado sobre todo en el pequeño mal. No menos entusiastas son las publicaciones de Cheinisse (92), Codet (93), Gounet (94), Griuker (95), Vicent (96), etc., etc.

Los inconvenientes principales del luminal son:

- No constituir una medicación específica.
- Cesar su acción apenas cesa su uso.
- No ser siempre bien tolerado..
 - (albuminuria (97), vértigos eritemas (98), trastornos psíquicos agudos (99).
- Producir en algunos casos trastornos psíquicos—G. Maillard (100)—que suelen desaparecer prontamente.
- Estar contraindicado en las afecciones graves de corazón y de riñón—G. Berges (101)—.

Maillard y Meignant (102) le reprocha la proximidad de las dosis tóxicas y terapéuticas. Para Hebold (103) aun cuando excepcionalmente, puede producir excitación posterior. Su *supresión brusca* es siempre peligrosa. Quercy y Sizaret (104) han registrado un caso de muerte por 0,40 de luminal en dos días. En la autopsia, tumor cerebral. S. Dubois (105) con ocho dosis de 0,50 eritrodermia; á los cuatro días de aparecida ésta, muerta. L. Marchand (106) ha recogido la historia de un caso de muerte en estado de mal durante un tratamiento por el luminal.

Se ha recurrido á diversas asociaciones. Rodhe (107) preconiza la del luminal con el bromuro de calcio. Este último goza de gran prestigio. Aun los que sólo emplean los bromuros suelen recurrir á él cuando no rinden beneficio los de sodio ó potasio.

Januschke (108), Kobylinski (109), J. Zappert (110), valoran ventajosa la unión del luminal y los bromuros. De la del luminal con la *proteínoterapia* hablaremos más adelante. J. Wyrsh (111) cuando los ataques no cadén al bromuro, utiliza la asociación de éste con el luminal. G. Roasenda (112) maneja un preparado de boro-luminal-bromuro-belladona. Ducosté (113) agrega al luminal, como correctivos, la belladona y la cafeína.

En los casos graves de estado de mal el luminal sódico puede prestar buenos servicios en inyecciones endovenosas. Tomesco y Constantinesco (114) son de los que así lo declaran.

Nuestra estadística es:

Desaparición de los ataques hasta permitir abandonar el luminal.....	35
Suspensión de las crisis sin abandonar el tratamiento.	120
Disminución del número de ataques en más de un 50 por 100.....	40
Disminución del número de ataques en menos de un 50 por 100.....	8
Ineficacia del medicamento.....	2
Casos de intolerancia obligando á suprimir la medicación.....	7
Total de enfermos.....	214

Dosis media utilizada, de 0,10 á 0,30.

Mejoría de los síntomas psíquicos se observó en el 75 por 100 de los enfermos, sobre todo en lo referente al carácter. El estado general ganó también considerablemente.

No utilizo la asociación con el bromuro, sino cuando el luminal no se muestra suficientemente activo. En este segundo caso ordeno el régimen decolorado.

Tartrato bórico potásico.— Los autores franceses pretenden conceder á este medicamento efectos superiores ó similares á los del bromuro.

Gardere, Gignoux y Barbier (115) opinan así. Trocello (116) lo considera inferior al luminal. Machon (117), sólo en casos aislados lo ha visto resultar útil. G. Cuneo se muestra (118) más optimista. Los mismos ideadores del procedimiento P. Marie, O. Crouzon y Boutier (119), sólo se atreven á decir, que la acción del tartrato boricopotásico es comparable á la del bromuro.

Se ha acudido á diversas asociaciones para suplir esta escasez de eficacia. Kimber (120) apoya una de bórax, bromuro sódico y bromuro potásico. Willemse (121) otra de bórax, ácido bórico y luminal. Roeder (122) la de bromuro, bórax, óxido de cinc y valerianato amónico, P. Marie, Crouzon y Boutier (123), la de tartrato bórico potásico y luminal.

En nuestras pruebas, el tartrato bórico potásico se ha mostrado inferior al bromuro y luminal.

Únicamente en dos casos en que el luminal y el bromuro, ya prescritos por otros especialistas, habían fracasado nos permitió ver disminuídos los ataques en uno y curados bruscamente en otro, á raíz de una grave crisis con hipertermia. En la primera enferma había sido recetado el luminal en sellos. Cuando no contentos del tartrato bórico ordenamos de nuevo luminal de marca en envase original á dosis de 0,20, logramos ver desaparecer los ataques.

Opoterapia.— Ante los casos de crisis convulsivas en enfermos con signos de padecimiento endocrino, cabe plantearse estas cuestiones:

¿Presenta el estado mental propio de los epilépticos?

En caso negativo no hay porqué hablar de epilepsia.

En el opuesto surge este problema. ¿Depende la epilepsia de la alteración endocrina, se trata de una pura coincidencia (124), son ambas cosas, epilepsia y síndrome endocrino efecto de la misma causa?

Se da excesiva importancia á la etiología endocrina como efecto de carecerse de una medicación específica de la epilepsia. Poco á poco el buen juicio ha ido imperando, y cada vez se confía menos en la eficacia opoterápica. No pocos, y entre ellos debo incluirme, asocian el luminal á los extractos glandulares. Reed (125). Kafka (116) sólo concede valor preventivo á ciertos preparados fosfóricos, en los casos con lesiones tiroideas. Algunos clínicos unen, como Siegmund (127), como Claude (128), la acción de extractos complejos de tiroides, ovario é hipófisis al bromuro.

En lo que á la tiroidina atañe, son contradictorias las opiniones. Mientras Gelina (129) proclama excelentes resultados, Reinhold (130) afirma no haber obtenido ninguno. Piche (131) la cree medicación inútil.

Tampoco reina gran acuerdo en lo que á la hipófisis concierne. Toker (132) la reputa excelente. Louwenstein (133), el mejor tratamiento. En cambio, Mairet y Bose (134) registran agravaciones. Vermelin (135) acusa á los preparados de hipófisis de producir eclampsia.

Con lo referente al ovario continúan las contradicciones.

(Concluirá.)

Algo sobre la etiología y la herencia en los embarazos múltiples

POR EL

DR. D. IGNACIO FEDRIANI

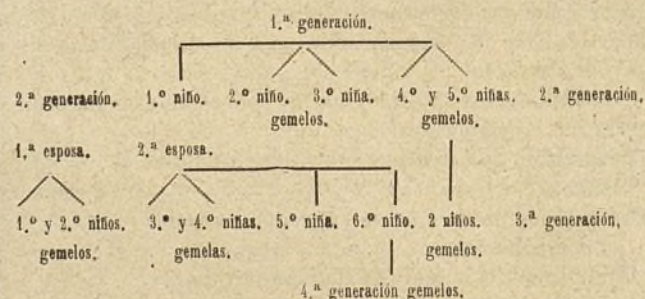
Sería mi deseo que en estas líneas pudieran encontrar todos los especialistas y embriólogos el *secreto deseado*, ó sea la explicación del porqué de los embarazos múltiples; pero no es así, por desgracia; lejos de aclarar el asunto, más creo haré resaltar los grandes claros que hay en las teorías admitidas y lo mal que lo explican.

En vez de comenzar, como la mayoría de los autores, por el embarazo de gemelos bivitelinos, comenzaré por la herencia en los embarazos; de ahí seguiré á estudiar el embarazo univitelino, para terminar con el bivitelino.

La cuestión de la herencia es de las más debatidas, y mientras unos autores la admiten para la línea materna solamente, otros también la admiten para la paterna; así, F. Weber, de Munich, opina que la herencia es quizás el factor más importante para los embarazos gemelares, y cita los casos aportados por H. Ferguson, Watson, Neugebauer, Döderlein y otros, á los cuales puedo yo añadir otro más que conozco de una señora que tuvo unos gemelos varones, y luego una de sus hijas ha tenido un varón y una hija gemelos; pero Weber limita la herencia á la madre, y, en cambio, niega la herencia por parte del padre.

Bumm, hablando de la herencia, dice que la paterna parece comprobada; pero al ocuparse de las causas de la herencia materna, dice: «A los elementos de esta familia se les transmite la facultad de madurar varios óvulos á la vez.» Es decir, que si admite la herencia por la facultad de madurar varios óvulos á la vez, no se sabe cómo explicará la herencia por parte de varón.

Strasman, para probar la herencia por parte de padre, cita el caso comunicado por v. Winkel, que indica bastante claramente la participación de la línea paterna, y el cual exponemos á continuación:

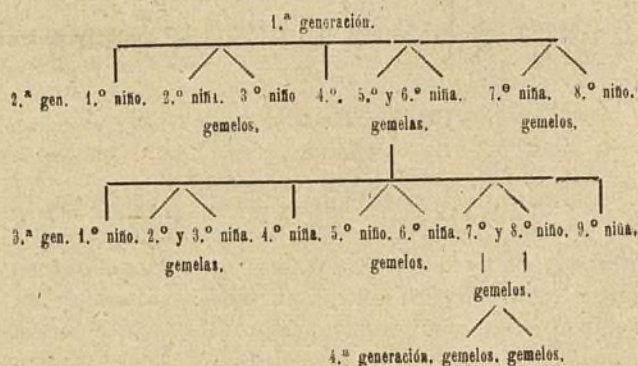


Yo, por mi parte, creo firmemente que esta herencia es también por parte de varón, y fundo mi razonamiento, además de en el caso anterior, en el que sigue, que es sumamente interesante, y que ha sido observado por mí y quizás el causante de estas cuartillas.

En el mes de Mayo fui llamado para hacer una perinorrafía después de un parto sencillo, y á la vuelta incidentalmente me dijo el marido que su mujer había tenido un aborto de gemelos y que, aunque en la familia de ella no había antecedentes de gemelos, él en cambio procedía de un parto doble.

Interesado por esto, seguí la conversación de la que resultaron los siguientes datos: Su abuela, que tuvo bastantes hijos, tuvo tres partos de gemelos, unos del mismo sexo y otros de sexo contrario. De uno de los partos nacieron dos

niñas, una de las cuales es la madre del que me habla, la cual tiene á su vez varios hijos y tres partos de gemelos, también alguno es de distinto sexo, y de uno de dos varones nacen el que me habla y su gemelo, los cuales tienen á su vez de sus mujeres (en las que no hay antecedentes gemelares) dos gemelos cada uno, así que si constituimos el árbol genealógico resulta:



Como se ve por el árbol genealógico y la historia que acabamos de contar, no solamente queda doblemente probada la herencia paterna, sino también la herencia total y hasta se demuestra, en parte, el aumento de potenciación para la generación que, según afirma Goebert, se observa en las familias que tienen antecedentes gemelares.

También es digno de tenerse en cuenta el ejemplo de los Capetos de Francia, que cita el Dr. Echevarría en su tesis doctoral sobre «Embarazos y partos múltiples».

2.º.—GEMELOS UNIVITELINOS

Sentado ya que la facultad para tener gemelos se dá también por parte de padre, pasemos á ver qué teorías pueden prevalecer acerca de la génesis de dichos gemelos.

Según F. Weber, la hipótesis más segura de origen de formación doble es la polispermia.

El hecho de haber encontrado Kölliker, Schulein, Döderlein y otros, óvulos de niñas con dos núcleos ó vesículas germinativas, los cuales han sido comprobados en mujeres en edad adulta por v. Franqué, Stoekel, v. Schuhmacher, Swartz y otros, ha hecho que se crea á esto debido los embarazos gemelares.

Nosotros creemos con Sobotá, cuyos estudios tan profundos sobre el embarazo gemelar son de todos conocidos, que tanto la polispermia, como la fecundación de un óvulo con dos núcleos, para los que harían falta dos espermatozoides, son completamente inadmisibles.

Más factible y más cierta nos parece la teoría que con Bumm aceptan la mayoría de los embriólogos, con Schultze y Hertving á la cabeza, que no es otra que la de admitir que por una causa desconocida un huevo con un núcleo único y fecundado por un espermatozoide, único también, al llegar al período de vesícula germinativa, sufre una doble gastrulación.

El por qué participamos de esta teoría es fácil de explicar.

Si bien la teoría de los óvulos con dos núcleos explica perfectamente la herencia por parte de la madre, en cambio siendo el óvulo (elemento femenino) el que tiene esa cualidad especial, no explica en absoluto la herencia cuando ésta es por parte de padre.

En cuanto á la polispermia, tenemos que admitir forzosamente una de dos: ó se trata de un óvulo modificado especialmente para dejar pasar más de un espermatozoide (herencia materna); ó se trata de unos espermatozoides modifi-

cados de tal manera que sean capaces de introducirse en el óvulo, á pesar de estar ya fecundado (herencia paterna).

Es decir, que si admitimos lo primero, ignoramos el por qué puede heredarse por línea paterna, y si admitimos lo segundo, queda excluida la línea materna.

Pero si seguimos la teoría de Sobotá, es verdad que no decimos nada, puesto que nos limitamos á reconocer que es «por un mecanismo desconocido», pero en cambio reconocemos que dichos fenómenos no se realizan hasta que el huevo está fecundado, ó sea en el momento en que los dos elementos están fusionados, y en que tanto el masculino (herencia paterna) ó el femenino (herencia materna), pueden influir en la formación de los gemelos, y esto sin citar en nuestro apoyo el hecho de que es el único modo de que se produzca un solo corión tal como ocurre en los gemelos univitelinos.

3.º GEMELOS BIVITELINOS

Ya que hemos hablado de los gemelos univitelinos, hablemos ahora de los gemelos bivitelinos.

Según todos los datos y todas las teorías, estos gemelos no se sabe que hayan venido ni podrán venir nunca por línea paterna, cosa que hemos de tener en cuenta para luego más adelante.

Las teorías emitidas acerca de esto son:

1.ª Dos óvulos de ovario diferente que son fecundados á la vez. Esto parece haber sido comprobado por Gossman, Sippel, Cuzzi y Mangiagalli, que han encontrado cuerpos amarillos simultáneos en los dos ovarios.

2.ª Dos óvulos que proceden de un mismo ovario y son fecundados á la vez. Esta posibilidad es la que Strassman considera como más frecuente y vienen á comprobarlo las investigaciones de Hoefft, Dubois y Doyen, que han encontrado dos cuerpos amarillos en el mismo ovario.

3.ª Dos óvulos que proceden de un mismo folículo. La existencia de ovarios con folículos que contengan dos óvulos ha sido comprobada por el mismo Strassman que vió un folículo con dos núcleos, y por Bumm que cita haber visto un ovario en que casi todos los folículos contenían dos óvulos, y cita además en apoyo de esta teoría el hecho de encontrar frecuentemente un solo cuerpo amarillo, en los ovarios de mujeres muertas después de embarazos gemelares. Nosotros por nuestra parte no rechazamos ninguna de las teorías, sólo haremos algunas consideraciones sobre ellas, para lo cual podemos admitir que las tres son ciertas.

Si nos fijamos en los tres distintos casos de embarazos bivitelinos que pueden presentarse, lo primero que salta á la vista es que las modificaciones, cualesquiera que haya que haber para su producción, son fuera del mismo óvulo, ya sea permitiendo que se rompan dos vesículas al mismo tiempo, ya haciendo que se encuentren dos óvulos en la misma vesícula.

Respecto á las leyes que rigen la rotura de la vesícula de D'Graaf, hemos de decir que tampoco se sabe nada, aunque parece lo más cierto que sea por vía sanguínea, pero lo que puede asegurarse es que no hay autonomía en los ovarios, sino que los dos obedecen á una, toda vez que cuando se rompe en uno, generalmente no se rompe en el otro y que, por el contrario, por suprimir un ovario no se obtiene una menstruación alterna, como era de esperar, sino que se modifica el ovario que queda á fin de que mensualmente se rompa el folículo y se produzca la menstruación. Además tampoco está probado que la rotura de los folículos constituya una función alterna de los ovarios que corresponda un mes á uno y otro á otro, sino que también puede darse el

caso que se haga sin orden determinado. Pero no nos apartemos del tema y volvamos á él.

Tanto si admitimos una teoría como otra, nos queda perfectamente explicada la herencia para los embarazos bivitelinos, que ya hemos quedado en que sólo se heredan por parte de madre, pero no explica nada para los univitelinos y decimos nosotros: ¿Cómo pueden considerarse dos cualidades diferentes, las de engendrar gemelos bivitelinos y univitelinos, cuando estamos persuadidos de que generalmente suelen estar unidas y heredarse una con otra, y gemelos univitelinos dan á luz gemelos bivitelinos y viceversa, y aun parece también unida esta cualidad á la multiparidad?

Parece lo más probable, á nuestro juicio, y á esto se acerca la opinión de Hellin, que exista una modificación especial, probablemente determinada por la secreción interna del ovario y del testículo que altera por completo las condiciones de reproducción tanto en el número como en la calidad de los óvulos y espermatozoides. Cuando la modificación recae en la hembra, se manifiesta en sus dos modalidades (folículos que se rompen al mismo tiempo y óvulos capaces de dar origen á dos fetos), pero cuando recae en el varón, no es posible reconocer más que una modalidad, la de espermatozoides capaces de dar origen á dos fetos, puesto que la polispermia en cada coito es cosa constante.

En favor de esta teoría de que la secreción actúa directamente sobre la ovulación y la aptitud de los óvulos á ser fecundados, está el hecho clínico de que mujeres que eran estériles y con síntomas de hipovarismo, se han hecho embarazadas después de un tratamiento opoterápico. Como se comprende fácilmente, si el ovario no era útil, al hacer un tratamiento por la ovarina habremos podido conseguir la cesación de los trastornos vasomotores y la reaparición ó regularización de las reglas, pero no la fecundación de unos óvulos ineptos (toda vez que antes no habían sido fecundados) á menos que esa misma substancia no actúe en ellos directamente modificándolos.

Tratando de sacar algo práctico de este trabajo, insertamos las siguientes líneas á modo de conclusiones:

- 1.ª En los embarazos gemelares juega un gran papel la herencia.
- 2.ª Esta herencia que es cierta por la línea materna, debe admitirse como tal, para la paterna.
- 3.ª La producción de embarazos mono y bivitelinos reconocen causas inmediatas diferentes.
- 4.ª Los embarazos mono y bivitelinos tienen una causa mediata común que afecta al óvulo y ovario y al espermatozoide y testículo que la desconocemos, que es capaz de producir las dos causas inmediatas y que probablemente será debida á la secreción interna del ovario ó del testículo.
- 5.ª Todo lo que ahora sabemos de la génesis de los embarazos múltiples, es completamente hipotético y no tenemos de ello nada cierto.

Bibliografía.

- Bumm: Tratado de Obstetricia.
 Ribemont Desaignes: Tratado de Obstetricia.
 Willians: Tratado de Obstetricia.
 Recasens: Tratado de Obstetricia.
 Goehlbart: Virchow Archiv. B.I. 76.
 Mirabeau: Inaug-Diss Munchen, 1894.
 Samitier: Zeitschrift Für Geburtshilfe und Gynäk, Bd. 46.
 Strassmann Winkels: Hambuch der Geburtshilfe B 1-2.
 Boer: Vaterländische Blätter für den österreichischen Kaiserstaat, 1808.
 Valenta: Wiener medizinische Wochenschrift, 1897.
 F. Weber y A. Döderlein: Tratado de Obstetricia, t. III.

Sobotá: Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin, 1901. Studien Zur Pathologie der Entwicklung, 1914. Archiv Für Mikroskopische Anatomie, 1909, B.I. 74.

IDEAS CLÍNICAS

Conducta del corazón en las enfermedades infecciosas

FOR EL

DR. G. R. GONZALO

De dos principales maneras puede considerarse, á mi juicio, el modo de responder patológicamente el músculo cardíaco á las influencias que sobre él ejercen las enfermedades infecciosas, á saber: ó alterando su función mecanodinámica circulatoria por influencia directa, hidroestática é hidro dinámica, según la clase especialmente vascular del órgano sobre el que radique la infección, ó la que es más importante, alterando, modificando ó trastornando más ó menos profundamente las trascendentales funciones de su fibrilla muscular (excitabilidad, conductibilidad, contractilidad, tonicidad y elasticidad), y por ende sus más íntimas y propias funciones trascendentales, cuando lo tóxico impregna su parénquima contractural ó sus delicados mecanismos transmisores.

Originase en el primer caso un conjunto sindrómico tan propiamente mecánico, digámoslo así, tan de función hidromecánica dificultada ó entorpecida, que pronto surge ante el clínico lo vascular dilatado, lo funcional pulmonar dificultado, lo hipertensional traxudando, las filtraciones dificultadas, lo propiamente cardíaco esforzándose por rendir todo el trabajo útil de su miocardio fatigado, de sus válvulas insuficientes, de sus orificios angostos, y en general, los signos clínicos propios de una circulación (mayor ó menor) dificultada, penosa y entorpecida.

Mas cuando, lo que es más frecuente en las infecciones, no es lo mecanodinámico lo alterado, sino lo tóxico circulante por la sangre lo que impregna y solapada y silenciosamente lesiona la fibra muscular cardíaca en el curso de una infección, labrándose y elaborándose, lenta pero constantemente, lesiones clínicamente ostensibles al final de la infección, quizá en plena convalecencia infecciosa, entonces dichas lesiones, acalladas y encubiertas por los síntomas más graves y ostensibles de la infección que las produce, suelen en ocasiones pasar desapercibidas, de no ser intencionadamente investigadas, produciendo traidoramente asoladoras é inesperadas sorpresas, en momentos ya al parecer desprovistos de mortales peligros infecciosos.

Y es que en esta última clase de lesiones precisamente, el corazón trabaja y desempeña su peculiar cometido de una manera heroica pudiéramos decir, no obstante la gravedad de su honda y positiva lesión, no manifestando ordinariamente su impotencia hasta pasados los alarmantes síntomas de la infección, que con su aparatosa presentación, mantuvieron ocultos aquellos que después pueden llegar á matar súbita-

mente al enfermo, si antes un clínico experto no les buscó, descubrió y trató eficazmente, en el curso de la dolencia infecciosa que les dió origen.

Con la denominación común de miocarditis infecciosas ó postinfecciosas, conocíanse dichas complicaciones hasta estos últimos tiempos en que la fisiología patológica, la clínica y la experimentación han ido determinando en cada caso, y en ocasiones con maravillosa exactitud, las zonas de miocardio lesionadas, las fibras especiales alteradas, las vías transmisoras interrumpidas ó dificultadas, los núcleos atacados, la inervación más interesada, etc., etc., y con todo ello, dicho se está que afinando diagnósticos y desmenuzando aquel concepto común y complejo de miocarditis, que tan poco clínico decía, puntualizando pronósticos no siempre tan graves y fatales como aquél suponía, perfeccionando nuestros recursos terapéuticos como lógica consecuencia de lo anterior, y con todo ello, previniendo y evitando sorpresas clínicas y graves y fatales consecuencias al enfermo.

La clínica nos enseña que no todas las infecciones suelen ordinariamente lesionar el corazón, que unas lo hacen con más frecuencia que otras, que algunas parecen mostrar especial predilección por determinado tejido, que otras lo verifican por uno ú otro de los dos mecanismos citados, y aun que algunas participan á la vez de ambos.

Y así, en efecto, observa todo clínico la especial frecuencia de la endo y pericarditis reumática y escarlatínica; las variadas formas de miocarditis del tífico, diftérico y neumónico; la solapada *polineuritis frénica* del enfermo gripal, que tan súbitas muertes suele acarrear; las dominantes lesiones vasculares del sífilítico; la doble acción tóxica y mecanodinámica del tuberculoso pulmonar y el neumónico, y así sucesivamente algunas infecciones más, que atestiguan clínicamente su especial y en ocasiones doble influencia sobre el funcionalismo cardíaco.

Son las infecciones de mucha duración ó grandes intoxicaciones (tifoidea, tifus, difteria, cólera, etc.), las que dañan más hondamente la fibra muscular del miocardio y las que á su vez hacen perder á ésta las dos más importantes y preciosas cualidades que más rápidamente hacen llegar al corazón á su total impotencia, la *elasticidad* y la *tonicidad*; por eso es que en dichas infecciones sean relativamente tempranos los fenómenos de *distensión* y *dilatación* cardíacas, contra los que tan desarmados nos solemos ver en la clínica en los períodos finales de las mencionadas infecciones.

Al contrario, existen infecciones especiales cuyos tóxicos parecen poseer especial predilección para alterar las funciones conductoras, contracturales ó excitadoras de la fibrilla muscular del corazón, y la aparición de extrasístoles, bloqueos simples ú otras especiales arritmias de más ó menos grave pronóstico, parecen ser las que con más frecuencia nos muestra la clínica en el curso de determinados reumatismos agudos, escarlatinas, sarampión, viruela, y en general en las enfermedades infecciosas acompañadas de exantemas más ó menos ostensibles.

Finalmente, traidora y solapadamente hay infecciones que, localizando sus tóxicos en las terminaciones nerviosas del plexo cardíaco, producen al parecer esas insospechadas polineuritis, del frénico principalmente, que no traduciéndose en la clínica más que por una insignificante bradicardia en el curso de una infección no muy febril, llegan al final de ésta, y en ocasiones en plena convalecencia matan repentinamente al enfermo por una verdadera y brusca frenación del corazón, ejercida por mediación del nervio neumogástrico. No otra explicación puede tener en muchos casos la muerte repentina é inesperada del enfermo gripal en plena convalecencia, la del diftérico, el tetánico y algunos otros, en igualdad de circunstancias.

Semejantes hechos clínicos nos aleccionan elocuentemente sobre nuestra conducta en el curso de determinadas infecciones, con relación al corazón; y por eso es que constantemente hemos de vigilar con cuidado el funcionalismo cardíaco en todos los enfermos infecciosos, no contentándonos con la diaria y detenida auscultación, sino con la investigación lo más completa posible del estado de la fibrilla muscular cardíaca, obteniendo con relativa frecuencia trazados mecánicos y, si posible fuese, eléctricos, que nos aleccionen sobre el trabajo del miocardio y el estado de sus peculiares cualidades; efectuando la medición de la tensión arterial que nos indique los obstáculos circulatorios y los esfuerzos que para vencerlos realiza el corazón; el examen viscosimétrico de la sangre, la exploración capilaroscópica, el examen energométrico y cuantas investigaciones clínicas nos sugiera nuestro buen juicio, compatibles con el estado del enfermo y que puedan servirnos para saber en todo momento el estado de resistencia cardíaca y la conducta que el corazón sigue en aquella determinada infección.

Marzo de 1924.

UNIVERSIDAD CENTRAL

Mi práctica de veinte años sobre el carbunco.—Contribución á su estudio ⁽¹⁾

Tesis que presenta para aspirar al grado de doctor en Medicina y Cirugía el alumno

PEDRO MUÑOZ PALOP

Curso de 1923-1924.

A pesar de existir probabilidad de contagio por el aire en los sorteadores de lana, que trabajan en locales cerrados y la golpean sobre mesas con cubierta de tela metálica para que por sus huecos caigan los residuos y materias que la ensucian, no hemos presenciado ningún caso de micosis bronquial; nos cabe la seguridad de no haber sufrido ningún error diagnóstico. Conocemos personas que han comido carne de animal muerto de *bacera* sin ocurrirles trastorno intestinal de ninguna clase; algunos de los actores en este sentido fueron curados de manifestaciones cutáneas debidas

(1) Véase el número anterior.

á contagio directo. Siendo el hombre el encargado de tocar al animal infectado con más frecuencia que la mujer y los niños, es lógico se presenten en él la mayor parte de los casos debidos á contagio directo; la mujer lo sufre cuando actúa ayudando y lo mismo puede decirse de los niños en su segunda infancia.

El contagio indirecto, y de sus formas el transmitido por las moscas, se da con la misma frecuencia en hombres que en mujeres y niños y aún puede aceptarse como más frecuente en el niño, pues por la suciedad de su cara y manos y mayor distracción son más atacados por las moscas; precisamente obedece á esta causa la mayor parte de niños afectados, y cuando es éste el medio de inoculación la lesión se localiza de preferencia en la cara, principalmente cerca de los labios, mejillas y frente. Experimentalmente no ha podido efectuarse la infección por intermedio de la mosca al hombre. Sin embargo, la clínica ha comprobado y nosotros observado muchos enfermos en que este medio de contagio era evidente; además, en estos insectos se han encontrado por Raillet bacilos del carbunco en la trompa é intestinos (14). Está hoy admitido por la mayor parte de autores el contagio, pero no le dan la importancia que en realidad tiene. De nuestras estadísticas se desprende que la cuarta parte de las inoculaciones fueron ocasionadas por picadura de mosca, especialmente la llamada mosca de los establos (*stomoxys calcitrans*).

Desde luego hemos de aceptar una puerta de entrada, una solución de continuidad en la piel, y precisamente en los pastores las erosiones y rasguños de las manos existen con mucha constancia por estar siempre cogiendo piedras y hierbas, muchas de éstas con espinas. A pesar de contar con dos factores importantísimos para que prenda el bacilo anthracis, sangre cargada de bacterias y efracción de la piel, abundan muchos los casos en que de varios individuos que han actuado en el desollamiento impregnándose las manos de sangre, uno solo queda inoculado y en ocasiones ninguno; prueba clara de que existe frecuentemente inmunidad natural.

Es clásico admitir mayor aptitud para padecer el mal de bazo á los carneros que al ganado cabrío; sin embargo, en esta comarca es mucho mayor la proporción en los segundos que en los primeros, refiriéndonos al tanto por ciento correspondiente á iguales cantidades, pues si hiciéramos el cálculo por el número total de reses existentes en nuestra zona, entonces la diferencia sería muchísimo mayor. No cabe duda que la diferencia de contingente producido por el ganado cabrío es debido al excesivo número del mismo que hace se propague la enfermedad entre las reses de un mismo ganado y pase al de los vecinos, de una manera endémica, pues todos los veranos y primaveras existen defunciones por esta causa, no tomando los ganaderos otras medidas que el de llevarlas á otro terreno. Hay zonas más castigadas que otras y de ellas huyen los ganaderos como si fueran *campos malditos*.

Las reses á que nos referimos suelen ir acompañadas de algunos asnos y mulas y en las casas de campo existen bueyes destinados á la labranza sin que recuerden los labradores casos de defunción por mal de bazo. De todas las epidemias que diezman al ganado lanar y cabrío, ninguna es mejor conocida que ésta aunque acerca de su patogenia, terapéutica, etc., estén obsesionados por ideas tradicionales muy apartadas de la realidad, hasta el extremo de creer que las reses mueren sin enfermedad, de gordas y casi repentinamente; por esto no toman otras medidas contra el mal que trasladarlas de lugar.

Yendo al origen productor para limitar la enfermedad en

los animales que la padecen con más frecuencia, atacando rigurosamente las epizootias, obligando á los ganaderos á vacunar sus reses, á quemar en el acto las fallecidas, á aislar las enfermas, impedir contactos, aislarse de las moscas, no tolerar la venta de pieles, lanas, carnes y demás productos que lleven ó se sospeche son portadores de bacterias ó esporos; en una palabra, tomando todas las medidas higiénicas generales para atajar una enfermedad contagiosa tan conocida y fácil de llevar á cabo, haríamos desaparecer, ó poco menos, la fiebre carbuncosa de los animales y por ende de la especie humana, pues es esta enfermedad la que mejor se presta á obtener los beneficiosos frutos de la higiene. Estas son medidas eficacísimas, legisladas y encomendadas á las autoridades gubernativas, ya que las sanitarias no tienen acción ejecutiva, son subordinadas y la consultiva ó asesora no surte en la práctica ningún resultado eficaz, sobre todo en los pueblos donde el profesional médico ó veterinario debe procurar no lesionar intereses si quiere que se le tolere como funcionario de Sanidad. Convencidos de las verdades antedichas y deseosos de contribuir desde nuestra modesta esfera de acción á disminuir los motivos de contagio, hemos seguido un plan distinto y á nuestro parecer con buen resultado, orientando nuestra campaña sanitaria hacia el individuo que sufriera los resultados del abandono en que le deja su amo, fiado en la incultura del campesino. Hemos seguido, además, los consejos de Bollinger y Bortieher, explicando á los pastores con las palabras más asequibles á su inteligencia el origen de la enfermedad, cómo se propaga, cómo se evita, los peligros que existen, y llegando un poco más lejos de donde tal vez nos es permitido, les hemos expuesto crudamente lo que significa obligar á un pobre pastor á desollar una res con los terribles peligros que tiene, para justificar ante el dueño la muerte del animal y de paso proporcionarle unas pesetas para cubrir en parte la pérdida sufrida; y estas dos ó tres pesetas que vale la piel puede ocasionar la muerte de un hombre. Estas mismas palabras dichas al propietario han servido para asustarle, haciéndole en ocasiones creer que, por no seguir lo que manda la actual legislación sanitaria, se vería en cualquier momento sujeto á responsabilidades de orden criminal y á indemnizaciones á la familia de la víctima. Estas predicaciones tenemos la convicción que han dado un buen resultado, pues ha desaparecido la obligación que existía de presentar pieles, y como no tocan los animales muertos ó lo hacen mucho menos que antes, se ha evitado el medio directo más importante de contaminación. No hemos sido tan afortunados para conseguir la cremación y enterramiento á grandes profundidades (el bacillus anthracis no puede vegetar á una profundidad de tres metros) aunque son bastantes los ganaderos que siguen esta práctica, cuando tienen tiempo y medios, á veces por razones de conveniencia inmediata—hora del día, necesidad de llegar á determinado sitio, etc.—no lo cumplen. Tampoco hemos podido introducir la práctica de la vaccinoterapia por razones muy complejas de explicar. De todos modos se ha llegado á alcanzar un porcentaje de individuos inoculados por este virus, cada año menor. En cuanto á los demás medios profilácticos, nada hemos intentado hacer; es impracticable la destrucción de moscas en el campo, y en lo que se refiere á la industria lanera, la práctica nuestra, avalorada con la observación de nuestros predecesores y el concepto tradicional de los habitantes de este pueblo, de abolengo industrial (los datos que poseemos alcanzan hasta el siglo XV) nos hace creer ha sido algo exagerado el peligro que encierra la manipulación de la lana (15). Donde hay tantos operarios dedicados á este oficio, sin guardar medidas de higiene y no ha enfermado ni fallecido nin-

gundo por esta causa, resultaría inútil, perderíamos el tiempo, al pretender difundir las medidas á que debe recurrirse para impedir la carbuncosis en sus diversas manifestaciones.

Muy recientemente, en 22 de Septiembre del presente año, se publicó en un diario de Madrid un proyecto de bases, presentado por la Comisión consultiva del carbunco reunida en Londres, por acuerdo de la Conferencia de la Organización Internacional del Trabajo. La segunda de las bases á que nos referimos dice: «Las lanas empleadas en la industria textil serán desinfectadas antes de toda manipulación industrial, salvo en los siguientes casos: a) Si el país de origen está inscrito en la lista de las regiones con riesgos limitados», y luego añade que esta resolución no se aplicará á las materias originarias de un país y destinadas á ser utilizadas en el mismo.

Por lo que concierne á España no vemos la necesidad de tener que desinfectar la lana que se exporte. Más de dos millones de kilogramos se manipulan en Enguera, según dijimos más atrás, y pasan de 10.000 los husos que se destinan al hilado de la lana lavada y cardada; siendo tan crecido el número de obreros empleados en estas operaciones, jamás enfermó ninguno por manipular dicha materia, signo evidente del insignificante peligro que contrae.

Este cuidado en evitar el contagio que la lana puede ocasionar y las medidas profilácticas que proyectan implantar, hace suponer que en Inglaterra y Estados Unidos de América sea relativamente frecuente la carbuncosis; pero entre nosotros, partiendo de la experiencia propia, adquirida durante muchos años, nos creemos autorizados para testerrar la denominación de enfermedad de los cardadores de lana á la micosis bronquial ó pulmonar, haciendo presente que Enguera ocupa el cuarto lugar de España en industria lanera, siguiendo en importancia á Sabadell, Tarrasa y Béjar.

VII

SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO

La pústula maligna la dividen los autores antiguos en tres, cuatro ó cinco períodos (16) dando á cada uno caracteres propios en cuanto á duración y marcha de la lesión; esta división es artificiosa y no es didáctica; nosotros la dividimos en dos períodos, de infección local y de infección general, advirtiendo que los fenómenos locales exclusivos sólo los apreciamos en los primeros días y en ciertas pústulas benignas, después existen simultáneamente sin que pueda marcarse claramente cuándo aparece la infección general.

Es bastante amplio el plazo correspondiente á la incubación; de nuestros datos resulta ser de dos á diez días. No cabe señalar fecha fija, la mayor parte de las veces porque cuando el paciente se da cuenta de la lesión lleva ya más ó menos tiempo. Casi siempre es el prurito el primer síntoma del cual recuerdan; después de rascarse se miran la parte que les picó y entonces observan unas veces una mancha circular, roja, pequeña, parecida á la picadura de una pulga, algo elevada sobre la piel vecina, otras una placa rojiza con una ó varias flictenas que rompieron. Para el médico es en este período cuando ve los casos más recientes; aún persiste el picor que dura hasta el momento en que se forma la escara. Las vesículas han sido destruídas, pero quedan restos epidérmicos levantados y el corión al descubierto. Dos veces encontramos la corona de vesículas intactas, de color amarillo pardo, bien limitadas y de tamaño variable, desde el de un cañamón al de un guisante. Es más frecuente la presencia de una gruesa vesícula que asienta sobre la zona que está en vía de necrosis, de color violáceo, moreno y con serosidad sanguinolenta. En poblaciones donde se padece

con frecuencia la enfermedad, donde se acude pronto al médico porque son del dominio vulgar los principales síntomas, vemos algunos casos en sus comienzos, pero son más aquellos en que el enfermo no se preocupa de su *grano* hasta que aparecen síntomas de carácter general ó el edema ha invadido una gran zona. Por esto suele aparecer á nuestra vista generalmente una escara de color moreno obscuro claramente limitada, circular, de cinco milímetros á dos centímetros de diámetro asentado sobre una superficie edematosa, pálida, ó ligeramente azulada, más ó menos extensa según la laxitud de los tejidos y marcha del proceso. A nuestro parecer, el síntoma cardinal y bastante rápido en su aparición es la *indolencia de la escara*. Esta insensibilidad se hace patente pinchando el nódulo aplanado y algo deprimido que contrasta por su color, dureza y forma con el resto de los tejidos inflamados, de consistencia pastosa, que ocupan en ocasiones todo un miembro ó la mayor parte de la cara hasta alcanzar los ganglios de la región que se hallan tumefactos y dolorosos.

De los tres síntomas cardinales que admite Korangi, en el tumor carbuncal: isquemia, rápida desaparición de la excitabilidad nerviosa y estancación de la sangre y mortificación, es la insensibilidad el más característico hasta el punto de que nosotros por muy bien definido que tengamos el caso, cuando todos los caracteres coinciden y la anamnesis apoya el diagnóstico, nunca dejamos de buscar este síntoma al que concedemos un valor casi patognomónico; únicamente cuando introducimos una aguja previamente quemada en el centro de la escara y queda clavada como una banderilla sin que el enfermo acuse el menor dolor, sentamos el diagnóstico. El círculo vesicular, el collar característico que aparece en el primer período se observa pocas veces, es más frecuente encontrar vesículas secundarias dispuestas irregularmente con caracteres parecidos á las primeras, pero más distantes del nódulo central; indican siempre un estado grave por intoxicación y pueden dar asiento á placas gangrenosas. La escara central gana en profundidad hasta formar un nódulo que invade todo el tejido celular, duro, bien limitado, movable sobre la superficie anexa edematizada; se extiende en superficie hasta hacerse poco mayor del tamaño de una moneda de cinco céntimos, límite máximo por nosotros observado. Si bien la parte necrosada absoluta no pasa de un diámetro cercano al indicado, la enorme distensión de los tegumentos vecinos, el color rojizo ó violáceo que toman y la aparición de vesículas secundarias le dan á la región el aspecto de un flemón difuso. A pesar de la invasión creciente de tejidos, las sensaciones subjetivas son pequeñas en la región enferma; solo notan adormecimiento y pesadez. Al hablar de la duración nos referimos al período de infección local ó general; luego queda la reparación de tejidos destruídos variable con su extensión, infecciones secundarias, etcétera; este período es en ocasiones de más de un mes.

Todo este proceso se desarrolla rápidamente; de un día á otro se aprecian nuevos síntomas que agravan al enfermo. La escara que en un principio era rosada, acaba por tomar un color negro; la consistencia de corteza de limón se transforma en dureza leñosa; la insensibilidad es más profunda y extensa; desaparecen el aspecto de picadura de pulga susceptible de confusión y la picazón, y queda el aspecto descrito, inconfundible para quien haya visto un solo caso en este período. Cuando el mal sigue todo su curso y llega á producir la muerte, ésta sobreviene en un plazo de ocho á diez días.

Conjuntamente con los síntomas locales descritos se presentan los generales. No puede señalarse fecha exacta de aparición, ni guardan una relación fija con el estado local. Lo más corriente es que se presente al cuarto ó quinto día

de la aparición del picor ó de la pápula. Nosotros los hemos observado unidos al primer período, y en otros casos ha curado el paciente sin tener ningún síntoma de carácter general, con procesos locales bastante avanzados. La mayoría de las veces, la enfermedad puede permanecer localizada para en un momento, con bastante rapidez, dar lugar al cuadro de un estado septicémico grave. Si esta marcha no siempre se presenta, es porque el tratamiento hace que no llegue á explotar la infección general, yugulándola *in situ*. De los síntomas generales más constantes, es la fiebre; de algunas décimas el primer día llega muy pronto á ser de 39° á 40°; ofrece pequeñas oscilaciones y va acompañada de somnolencia más veces que de delirio y agitación. La duración de la fiebre es corta, de tres á cuatro días; si se acentúa y persiste, indica una terminación fatal; si el tratamiento es eficaz va cediendo para desaparecer por lisis en unas veinticuatro á treinta horas. El pulso es frecuente, sigue un curso paralelo al estado febril, no ofrece características especiales. La hipotermia con acentuación de los demás síntomas generales es de mal pronóstico. La cefalalgia aparece muy pronto y dura mientras hay infección general. Son frecuentes las náuseas y los vómitos alimenticios y biliosos. En un principio hay estreñimiento, sustituido por diarrea fétida y sanguinolenta en el final de la enfermedad. Siempre hay anorexia, la lengua está sucia y seca, tienen sed. En los adultos aparecen vértigos (un caso nuestro cayó á tierra cuando iba á su domicilio, perdido el conocimiento) y en los niños pueden aparecer convulsiones. Todos los demás síntomas, disnea, oliguria, hipotermia, debilidad del pulso, colapso, facies de tipo abdominal, son los comunes á procesos sépticos de marcha sobreaguda.

Cuando se trata de lesiones cutáneas no se ve casi nunca el cuadro completo evolutivo de la pústula maligna; una vez cauterizada la escara queda detenida su marcha y sólo se aprecia una mancha negra hundida en el centro é irregular en sus contornos, siguiendo la forma que le trazó el termocauterio; la quemadura que ocasiona el bicloruro de mercurio es moreno violácea, fácil de reconocer. Los síntomas generales ceden con bastante rapidez á la destrucción de la escara, en un plazo que no suele exceder en los casos más graves de unas cuarenta y ocho horas.

La localización preferente del edema maligno es en los párpados. El asiento en la lengua se cita por todos los autores, pero no lo describen. Hemos tenido varios individuos con lesión inicial en el labio; aunque por su situación es frecuente el edema maligno, en nuestros casos se trataba de la pústula maligna típica. Difiere el edema de la pústula maligna, más que por la localización, por su fase inicial, que es un edema grande, blanco, blando, fluctuante, con oclusión absoluta de la abertura palpebral, con formación ulterior de vesículas seguidas de escaras y con una marcha rápida hacia la infección general y la muerte. Son, pues, variedades de una sola afección que separaron y describieron Bourgeois y Raimbert. Grasset dice que el edema maligno es á la pústula maligna lo que el flegmón difuso es al absceso circunscrito.

Las descripciones que se hacen del carbunclo gastrointestinal y pulmonar parecen *arrastradas* de unos autores á otros; son deficientes. No hay clínico que pueda con el cuadro sindrómico que se esboza en los tratados de Medicina hacer un diagnóstico con certeza. Fiebre, vómitos, dolores abdominales, diarrea, sed, etc., para la micosis intestinal y síntomas parecidos á la congestión y bronconeumonía para la pulmonar, son síntomas harto deficientes para llegar al conocimiento de la enfermedad. Si estas variedades, sobre todo la intestinal, dieran tiempo por su marcha

lenta á la presentación de flictenas y escaras en la piel, entonces se diagnostica por su localización cutánea. La investigación por medio del microscopio del bacillus anthracis es decisiva cuando se pueden recoger esputos ó heces y el análisis es positivo. En un medio rural, alejado de centros donde poder hacer estos trabajos, pierde su eficacia.

Nos queda un solo recurso, si hemos pensado en la posibilidad de la carbuncosis interna: buscar los antecedentes, que será siempre más segura guía que los síntomas observados. Las anteriores consideraciones son suficientes para hacer comprender la imposibilidad del diagnóstico en las formas internas. Pensaremos en un envenenamiento, botulismo, fiebre tifoidea agudísima, antes que en la micosis intestinal y en una congestión pulmonar ó neumonía sobreaguda en la pulmonar, y si, como hemos dicho, de los antecedentes se desprendiera la etiología que estudiamos, tendremos entonces un diagnóstico de probabilidad hasta que el examen microscópico compruebe la presencia de la bacteria.

También presenta dificultades el diagnóstico del edema maligno en sus primeras manifestaciones. Sirviéndonos de tipo el localizado en los párpados es confundible con la picadura de los insectos, erisipela, dacriocistitis y fluxiones dentarias. En el primer reconocimiento nos será en general imposible hacer un diagnóstico fijo. El dato más útil es recoger bien por el interrogatorio la forma como se inició, averiguar el oficio y posibilidad de contagio directo ó indirecto del enfermo; si por este medio presumimos se trata de edema maligno, recogeremos serosidad para su análisis bacteriológico é iniciaremos el tratamiento oportuno, teniendo en cuenta que en caso de duda optaremos por la cauterización ó inyecciones de neosalvarsán, según proceda. Como ya hemos dicho que pasado el período inicial se presenta con síntomas análogos á los de la pústula, por los de ésta haremos el diagnóstico.

Tenemos la más arraigada creencia de que es la pústula maligna la forma que más nos importa conocer por su gran frecuencia y fácil medio de diagnosticar y tratar, aunque Comby la considera de difícil diagnóstico (17). Las otras manifestaciones son excepcionales, afortunadamente. Conocemos varios oculistas de gran clientela y largos años de práctica que no tuvieron en su casuística ningún edema maligno de párpado. De localización interna tampoco hemos conseguido adquirir referencias directas; nada de extraño tiene, porque son también muchos los médicos que jamás vieron enfermos de pústula por residir en capitales ó poblaciones donde apenas hay ocasiones de contagio. Hace poco tiempo nos refería un distinguido compañero que vió en consulta con otros dos á un niño con síntomas graves de infección general, debidos á un proceso de cara, que se creía era un forúnculo en su iniciación; pensaron también en la pústula que ninguno había observado, decidiendo esperar al día siguiente para aclarar el diagnóstico y operarle; cuando le vieron nuevamente se había agravado el enfermo, convinieron llamar á un cirujano de Valencia, que operó, haciendo una extrema destrucción de tejidos, muriendo el niño á las pocas horas; todos quedaron con la certidumbre de que falleció de pústula maligna, que no supieron diagnosticar en momento oportuno para salvar aquella vida. Y, sin embargo, es la pústula maligna tan fácil de diagnosticar, que basta haberla visto una sola vez para que no se borre nunca su aspecto de nuestra memoria. Esto que es cierto, no hay que tomarlo como axiomático, sin un estudio previo. La escara con su color y dureza, es inconfundible con otras lesiones, pero el síntoma cardinal del cual nunca prescindimos, es la insensibilidad puesta de manifiesto con

una aguja quemada que clavamos en la zona mortificada sin producir el menor dolor; este procedimiento sirve también para marcar la extensión de la necrosis y, por consiguiente, es guía para la cauterización. Este síntoma no falta ni falla cuando hay escara. En este período el diagnóstico debe ser inconfundible. Todo médico pinchará cualquier grano sospechoso que se le presente para comprobar su sensibilidad y en el cual no aparezcan señales de supuración, pues es sabido que la pústula nunca tiene pus, y de existir, en casos de larga duración, es por infecciones añadidas al rascarse.

Ante el extenso marco de variabilidad sindrómica de las enfermedades, en sus formas anómalas, hemos de confesar la posibilidad de establecer un diagnóstico falso; á este efecto y como muestra recordamos un trabajo de C. Morel (18), sobre una forma anormal de carbunco cutáneo, forma necrótica d'emblée; según dicho autor, ha observado un caso de carbunco cutáneo que ha evolucionado sin pústula maligna, sin aréola secundaria, sin flictenas, es decir, cuyas manifestaciones sintomáticas han sido completamente diferentes de las que corresponden á la pústula ó al edema maligno. La lesión por él observada estando constituida por una mortificación extensa de los tegumentos, por una amplia escara sin caracteres propios, y únicamente la hinchazón edematosa periférica que presentaba todo el aspecto del edema carbuncoso, ha conducido á hacer el diagnóstico.

Si el enfermo llega á nosotros en el período de pápula, el diagnóstico ofrece algunas dificultades, pues nada hay entonces de característico, porque el círculo de flictenas, que lo es, suele estar destruido. ¿Entonces, de qué medios valeremos? De los antecedentes. Es superior á un 80 por 100 el porcentaje de los casos en que un interrogatorio bien dirigido nos marca paso á paso la evolución; es, también, la picazón que obliga á rascarse y deja el dermis al descubierto, es el edema, pronto en aparecer, unido á un estado general excelente.

(Concluirá.)

Ciego de nacimiento operado con éxito á los veintinueve años ⁽¹⁾

POR EL

DR. HORACIO FERRER

Coronel jefe de Sanidad del Ejército, en la Habana.

El paciente que tengo la suerte de traer hoy ante ustedes es un caso clínico desde muchos puntos de vista interesante. Tráase de un hombre nacido ciego, por cataratas congénitas, que he operado recientemente, próximo á cumplir los treinta años de edad, logrando establecer en él la función visual.

Las intervenciones quirúrgicas por causa de catarata congénita no son precisamente frecuentes, pero tampoco pueden considerarse como raras, pues no hay oculista que no haya tenido que tratar algunos pacientes de esta índole, ya por extracción, ya por discisión, pero casi siempre se trata de niños de temprana edad, la mayor parte de los cuales ven lo suficiente para tener concepto de las formas, y en otras ocasiones en que los sujetos operados estaban completamente ciegos, su corta edad ó su atraso mental no les han permitido transmitir bien las impresiones que experimentaron al adquirir la vista.

(1) Trabajo leído en la Sociedad de Estudios Clínicos de la Habana, el 21 de Agosto de 1924, publicado en la *Revista de Medicina y Cirugía*, de la Habana, tomo XXXIX, núm. 14.

Cheselden, en 1728, fué el primero en publicar una observación sobre un ciego operado, cuyo desarrollo intelectual le permitió dar á conocer posteriormente las distintas emociones experimentadas al ponerse en contacto con el mundo exterior por medio de la vista. Luego se publicaron los trabajos de Ware, Honse, Franz, Wardrop y Trichinette, citados por Helmholtz y por Wilbrand y más tarde los de Dufour, Dor, Stafford, Guepin de Nantes, Santos Fernández y otros, refiriéndose casi todos á niños.

Los ciegos por catarata congénita que han sido operados ya adultos son excepcionalmente raros; en toda la literatura médica que hemos consultado, sólo encontramos dos casos, el de Stafford, 1843, y el de Dufour en 1876, de manera que mi operado Antonio Cruz vendría á ser el tercer caso publicado en el mundo, de adulto ciego por catarata congénita, que adquiriera la función visual por una operación, y tiene de notable sobre los otros dos que en él la operación ha sido la más tardía; en efecto, el paciente de Dufour tenía veinte años, el de Stafford veinticinco y el mío, habiendo nacido el 3 de Agosto de 1894 y operado el 4 de Junio del año actual, tenía cuando se practicó la operación, veintinueve años, diez meses y un día, de manera que establecería un nuevo record mundial desde este punto de vista. Conozco, desde luego, el interesantísimo relato publicado por Wardrop en 1826 y reproducido por Helmholtz en su «Optica Fisiológica», referente á una dama inglesa que vió por vez primera á los cuarenta y seis años, pero en este caso no se trataba de una catarata congénita, sino de una seclusión pupilar y la operación practicada fué una iridectomía.

Con los progresos de la oftalmología y su extensión por todo el orbe y con la facilidad de los medios de comunicación, cada día se hace más raro encontrar un caso de catarata congénita que llegue á la pubertad sin haber sido operado, porque es siempre fácil consultar á un oculista y ya no hay cirujano que no sea partidario de la intervención precoz.

Pasemos á relatar la historia clínica de nuestro enfermo.

Durante mi estancia en la ciudad de Camagüey, adonde fuí recientemente con el fin de hacer varias operaciones, se presentó en mi consulta el joven Antonio Cruz, blanco, cubano y de veintinueve años de edad, manifestándome que era ciego de nacimiento y que deseaba que yo lo examinara para saber si podría llegar á ver algún día. Un rápido examen bastó para darme cuenta cabal de su estado: se trataba de una ceguera por catarata congénita completa, con buena reacción pupilar á la luz, en ambos ojos; éstos estaban mal desarrollados, con córneas de pequeño diámetro, y un nistagmus oscilatorio los mantenía en constante movimiento. El paciente no tenía el menor recuerdo de haber visto jamás, habiendo solamente percepción luminosa y apreciación de los colores azul, rojo, verde y amarillo cuando la superficie coloreada era por lo menos de 60 ó 80 centímetros cuadrados, cuando el color era intenso y lo examinaban á 6 ó 8 centímetros de los ojos, á la luz fuerte; aun así se confundía frecuentemente. Distintas pruebas para reconocer otros colores resultaron infructuosas. La percepción de sombra era algo inferior á la que puede apreciar un vidente con los ojos cerrados. Propuse la operación del ojo derecho, y aceptada por el enfermo, lo operé el día 4 de Junio en la Clínica Agamonte, de Camagüey; más tarde lo traje á la Habana, y el 6 de Julio lo operé en la Clínica Bustamante del ojo izquierdo y el 25 del mismo mes hice la discisión de la secundaria en ambos ojos. Desde luego que, tratándose de un hombre de aquella edad, me decidí por la extracción del cristalino, la que practiqué con iridectomía. El acto ope-

ratorio no tuvo interés especial si se exceptúa la imposibilidad de obtener posiciones determinadas de los ojos en los distintos tiempos, pues era inútil solicitar que mirara hacia abajo, á la izquierda, etc.; como nunca había visto, le era imposible dirigir los ojos hacia un lugar determinado; por otra parte, el nistagmus, manteniendo al ojo en un movimiento continuo, obligaba á proceder con cautela. Sin pérdida de vítreo extraje un cristalino aplastado, en forma de galleta, de 9 milímetros de diámetro y dos de eje antero-posterior. El paciente se sintió en seguida deslumbrado por una iluminación azul muy intensa que se hacía insoportable. Apliqué atropina y ocluí ambos ojos. Tres días después hago la primera cura, y aunque la luz deslumbraba al paciente, pude observar la pupila bien limpia y la cicatriz firme. Al terminar este examen, el enfermo ríe alegre y nerviosamente y luego llora. Le cierro los ojos, le tranquilizo y le interrogo por la causa de su excitación. Al principio permanece en silencio, pero luego me dijo: *¡Doctor... estoy viéndol*, y después de un silencio agrega: *En medio de lo azul he visto algo más azul todavía que me parecía moverse: yo creo que era su mano*. En efecto, Antonio Cruz, por vez primera en su vida, *había visto algo que se movía*, y lo que vió era efectivamente la mano que le entreabría los párpados, lo que pudo deducir porque la veía y sentía á un tiempo. Ocluí los ojos y lo curé de nuevo el quinto y sexto días, en que nuevas crisis de risa y aflicción me confirmaban que la visión se estaba estableciendo. El séptimo día, después de tranquilizarlo bien y limpiar los ojos exteriormente, se los abrí; los ojos daban vueltas en las órbitas sin detenerse en ninguna posición. ¿Qué ves?, le pregunté.—*Todo azul*, fué su contestación.—¿Y no puedes apreciar ningún objeto á tu alrededor?—*Ninguno*.—Coloqué una mano á 30 centímetros de sus ojos y la moví de un lado á otro; el paciente pareció asustado y me dijo:—*¡Estoy viéndol*—¿Qué cosa ves?—Permaneció en silencio. Pero á interrogatorios repetidos contestó: *¿Será su mano? Es lo mismo que he visto en las curas anteriores*.—Traté de que contara los dedos, pero le fué imposible: pudo, no obstante, apreciar si abría ó cerraba la mano, y al llevarla á un lado u otro trataba de seguirla con la mirada, pero haciendo verdaderos esfuerzos para poder llevar sus ojos en una dirección determinada sin conseguirlo. A los ocho días de operado la mano era vista claramente y contaba los dedos con precisión, aunque los veía siempre moviéndose por efecto del nistagmus.

Hasta el noveno día no quise hacer pruebas más concluyentes. Fué entonces cuando, estando sentado en una silla, le quité la venda en presencia de algunos amigos. A mi orden abrió los ojos, siempre agitados en las órbitas y quedó en silencio.—¿Y ahora qué ves?—*Todo azul*.—¿No ves las personas y los objetos que están en la habitación?—El enfermo principió á reírse nerviosamente, como veces anteriores; lo calmé, le cerré los ojos y luego volví á comenzar; entonces reconoció fácilmente mi mano puesta delante de él y contaba los dedos á 60 centímetros de distancia, con tal facilidad que era imposible engañarle. Tomé una bandera cubana y la coloqué delante de él, interrogándole. Después de dudas y vacilaciones, dijo:—*Esto aquí es punzó... no sé... no puedo... y esto es azul... ¿Es la bandera?*—De esta manera puede decirse, no que «reconoció», sino «dedujo» qué era lo que tenía ante sus ojos. Seguidamente le fueron presentados distintos objetos: tijeras, sombreros, maletas, vasos, etc.; no pudo reconocer ninguno por la vista.—*Veó que tiene usted en la mano un objeto de esta forma...*—y hacía un trazado con el dedo en el espacio—*pero no sé lo que será*;—luego que los reconocía por el tacto, exclamaba satisfecho:—*¡ah, si es tal cosa!*—y lo observaba con gran curiosidad. Le hice observar

la cara de una mujer, y la expresión de su rostro fué de asombro. Un distinguido escritor que estaba presente, haciendo uso de un poco de fantasía, puso más tarde en labios de Antonio Cruz frases de galantería y admiración al contemplar la primera mujer, pero si esa fué su expresión traducida por un poeta, un clínico la traduciría mejor por la impresión de miedo, como ya lo demostraremos después... Luego paseó el enfermo su mirada por toda la habitación sin que lograran atraer su atención las personas y objetos que allí había, hasta que fijándola en el fondo de la habitación, á cinco metros de él, dijo:—*Aquí veo algo... me parece un armario*,—era una puerta cerrada y fué el primer objeto que en estado de quietud y sin que lo invitáramos á mirarle se grabó en su retina y despertó en el centro cortical cerebral la impresión sensorial. Al presentarle ese día algunos estambres de colores, reconoció bien los rojos, azules, verdes y negros.

Al siguiente día, décimo de la operación, aprovechando que la luz solar no era muy intensa, quise darle una sorpresa á mi operado y después de descubrir sus ojos lo llevé á la ventana de mi consultorio, situada en un segundo piso, dando para la calle. Yo me había llegado á figurar que la vista de la calle, las casas, árboles, etc., le impresionarían, pero su rostro demostró absoluta impavidez. Las imágenes de las cosas situadas frente á él se dibujaban físicamente en su retina, pero su cerebro no las percibía. Ciertamente, los videntes reconocemos instantáneamente los objetos que se presentan á nuestra vista por el rico arsenal de memoria de imágenes visuales que acumulamos en los primeros años, pero el panorama visto desde la ventana no despertaba ningún recuerdo visual á mi operado, y por tanto no lo veía. Durante este día y los tres subsiguientes seguí practicando con él haciendo ejercicios que siempre daban el mismo resultado; veía los objetos que se le mostraban, sin reconocerlos, mas una vez que los palpaba y los miraba atentamente, como si quisiera asociar en su cerebro las impresiones táctiles y visuales, ya no se le olvidaban más, los reconocía de nuevo cada vez que se le volvían á presentar y tenía gran placer en demostrarlo. Era ahora necesario enseñarle á reconocer los objetos uno á uno.

Entre los pocos operadores que han logrado recoger observaciones en un caso clínico semejante al que trato, algunos afirman que el concepto de las figuras geométricas no existe en estos pacientes, es decir, que como ya habían sostenido por deducciones teóricas fisiólogos como Molynense, Locke y Jurin, un ciego de nacimiento, hecho vidente, no podría distinguir un cubo de una esfera. Así resultó, por ejemplo, con el paciente de Dufour; con el nuestro no pudimos dilucidar este extremo de una manera satisfactoria, pero evidentemente él tenía concepto de las figuras geométricas cuando éstas estaban representadas por objeto de gran tamaño; al observar la bandera nacional por primera vez, el décimo día de la operación, no pudo distinguir la forma triangular del campo rojo ni la estrella que está en el centro, pero, no obstante, creyó que una puerta era un armario «porque era cuadrada» y al presentársele objetos de gran tamaño, cuadrados ó redondos aunque no los conociera, expresaba su forma con palabras y con trazados en el espacio. Creo posible que hubiera reconocido igualmente figuras más pequeñas de no haber sido por el nistagmus y la afaquia que originaban en su retina imágenes borrosas.

El tamaño de los objetos era una de las cosas que más le confundían al principio; le mostré una maleta y la tomó por un libro y otras veces objetos pequeños eran confundidos con otros de figura parecida, pero grandes (mayor fué la confusión del operado Raehlmann que tomó un botellón

de 10 litros por un caballo). Un mismo objeto le parecía tanto mas grande cuanto más de cerca lo veía. Para él el tamaño dependía sólo del ángulo visual bajo el cual eran vistos los objetos. Cuando lo llevé al Malecón y sus ojos se fijaron en el castillo del Morro me dijo: *—Allí veo como una casita que tiene en la punta algo así... parado.*—Yo tomé mi pluma de fuente, se la enseñé diciéndole lo que era, la coloqué frente á sus ojos de manera que ella y el castillo fueron vistos bajo un mismo ángulo visual y le pregunté: *—¿Qué cosa será más grande, esta pluma ó aquella columnita que ves al fondo?* y contestó sin titubear: *—Las dos cosas son del mismo tamaño.*—Acerqué más la pluma á sus ojos para que fuera vista bajo mayor ángulo visual y le dijo: *—¿Estás seguro de que son iguales?*—Se fijó atentamente en las dos imágenes situadas en el mismo plano y respondió: *—Ahora la pluma me parece mayor.*—La pluma que yo le mostraba tenía 15 centímetros de longitud y el objeto que servía de comparación era la torre de la farola de El Morro que tiene 45 metros de altura...

La relación entre las dimensiones de las imágenes táctiles y las imágenes visuales le confundían sobremanera, y en los primeros ensayos se sorprendía de que los objetos fueran mucho más grandes que lo que él se los imaginaba, y me decía: *—¡Qué largos son mis dedos; cierro los ojos, los toco y me parecen igual á como yo los creía, pero abro los ojos y de repente me parece que toda mi mano crece.*—La misma impresión le producía cualquier objeto que le fuera familiar y que observara de cerca, y el paciente no salía de su asombro repitiendo estas experiencias. Según él me decía, tratando de ser lo más exacto posible á instancia mía, los objetos que él examinaba en sus manos le parecían tres veces más grandes mirándolos que tocándolos. Hoy, pasados ya dos meses de la operación, las imágenes visuales le parecen algo más pequeñas que al principio, pero siguen siendo más grandes que lo que el tacto le había enseñado.

La apreciación de las distancias por medio de la vista era al principio imposible; al invitarlo á tomar alguna cosa que le mostrábamos, llevaba sus manos inmediatamente delante de sus ojos, creyéndola en aquel lugar, pues era incapaz de proyectar más hacia afuera las imágenes que se pintaban en su retina. Este fenómeno duró pocas semanas, y el concepto de la distancia se desarrolló rápidamente cuando principió á usar espejuelos correctores y pudo hacer uso de los dos ojos.

Ya he dicho la débil idea que tenía Antonio Cruz de los colores azul, rojo y verde; en las primeras prácticas que tuvo demostró gran interés en conocer todos los colores y sus variantes y esto parecía producirle intenso placer, al extremo que aún hoy cada vez que habla de un objeto expresa indispensablemente el color que tiene, aunque por el sentido de la conversación esto sea innecesario. Se muestra admirado de la variedad inmensa que existe de los colores y esto ha sido una de las mayores sorpresas que ha recibido al adquirir la vista.

Uno de los más legítimos goces de la vida, el concepto de la belleza proporcionado por la función visual, no existía en absoluto en mi operado en los primeros días; fué estableciéndose con la apreciación de los colores y luego, de manera mucho más lenta, en relación con las formas. Durante las primeras semanas todas las cosas le producían sorpresa ó curiosidad, pero no celebró nada, ni la cara de una mujer, ni un paisaje, ni el bello cielo azul que estaba sobre su cabeza. Cuando le hice venir á la Habana para operar el otro ojo, me arreglé de manera que llegara de noche y lo fui á esperar á la estación para recoger mejor todas sus impresiones. Al siguiente día, una espléndida mañana, lo llevé

en automóvil hasta el Malecón con los ojos cerrados, lo paré frente al muro y lo invité á abrir los ojos y á mirar lo que tenía delante. Antonio no había salido jamás de su ciudad natal; por tanto, nunca había estado cerca del mar; no obstante, al contemplarlo me dijo: *—Esto tiene que ser el mar.*—Demostró interés en un barco que pasaba, observó con curiosidad el juego de pequeñas olas que se rompían en los arrecifes, se extrañó de no ver en el agua los tiburones de que había oído hablar, pero el encantador panorama que desde allí se apreciaba parecía no despertar ninguna idea de belleza en su cerebro, y apartando la vista de aquel espléndido cuadro y mirando hacia el Prado, demostraba verdadero gozo en señalar cosas para nosotros insignificantes, y así decía: *—Allí va volando un papelito blanco; allí otro azul; ese hombre le saludó quitándose el sombrero; aquella mujer lleva un niño rubio en los brazos; ese hombre va vestido con saco azul y pantalón blanco, etc.*—Era un cerebro infantil desde el punto de vista de la apreciación de las impresiones producidas por las imágenes visuales.

Los objetos animados produjeron en él las más intensas de todas sus impresiones, particularmente el rostro humano cuando gesticulaba al hablar. Durante los primeros días noté el efecto que le producía mirar una cara; pero se negaba á explicarme ese efecto, diciendo sólo que era muy distinto á lo que él creía y á lo que el tacto le había enseñado. Más adelante me explicó que jamás se había imaginado los movimientos que hacemos al hablar y que durante varias semanas la impresión que sentía cuando veía un rostro gesticulando era la del miedo. Es fácil darse cuenta de que así fuera, con pensar que veía cabezas tres veces más grandes de lo que él imaginaba animadas de movimientos tres veces mayores de lo que son en realidad y de los cuales él no tenía idea previa.

Al segundo día de tener los ojos descubiertos, ese temor producido por los objetos animados lo llevó á huir de una paloma casera que venía caminando hacia él, creyendo que se trataba de algo sobrenatural.

Otro aspecto interesante de este paciente nos lo ofrecen sus sueños. Antes de ser operado soñaba poco y en sus sueños solamente figuraban impresiones auditivas y táctiles; oía hablar á sus amigos, escuchaba una canción, reconocía su perro, su bastón ó su caballo, que le parecía tocar con sus manos, y algunas ocasiones en que soñaba que estaba viendo, el mundo exterior se le presentaba poblado de sombras uniformes y amorfas, semejantes á las que él apreciaba cuando, mirando de frente un foco intensamente luminoso, interponía entre éste y sus ojos una mano. El primer sueño que tuvo en que figuraron imágenes visuales fué á los treinta y dos días de la primera operación, y en él sólo se produjo la figura de un niño de pantalones cortos que días antes le había llamado la atención.

Las circunstancias que han mediado en este caso, entre las que figuran el haber tenido oportunidad de haberle seguido de cerca durante muchas semanas y el tratarse de un hombre de inteligencia despierta, á pesar de no haber sido cultivada por su falta de vista y su pobreza, me han permitido hacer sobre él gran número de observaciones, además de las que dejo expuestas y que no relato por no hacer demasiado largo este informe, pero no puedo dejar de referir su primera impresión delante de un espejo. Siendo Antonio un joven muy pobre, en los días siguientes á la primera operación que pasó en su casa sólo había tenido oportunidad de ver un espejo de mano, del tamaño de un peso, que no pudo moverle interés. La mañana siguiente de traerlo á la Habana, en mi casa, y después de corregir su afaquia con un vidrio de nueve dioptrías, lo llevé delante

de un gran espejo, perfectamente iluminado, con el pretexto de que un amigo le quería saludar; al ver su imagen claramente reproducida, Antonio saludó cortésmente y estableció con ella un soliloquio interesantísimo, tomándola por un familiar, bromeando alegremente y pidiéndole que, en lugar de reírse tanto, le dijera sólo dos palabras para reconocerlo; luego le pidió que le diera la mano para ver si así, por el tacto, lo conocía, y al notar que la imagen aparentemente extendía la mano izquierda se rió estrepitosamente del supuesto amigo, pidiéndola que le diera la derecha. En este momento le interrumpí, diciéndole: ¿Te das por vencido?, pues bien; lo que estás viendo es tu propia imagen, estás delante de un espejo. La impresión fué de lo más intensa que le he visto experimentar; miró asombrado, palideció como si fuera a sufrir un síncope y después de un silencio profundo balbuceó: — ¡Alabado sea Dios! ¡Esto ni lo había imaginado, ni lo comprendo!

Antes de terminar deseo dejar constancia de la investigación que hice en Antonio Cruz del «sentido de los obstáculos», aceptado por muchos escritores como indiscutible en el hombre, particularmente en los ciegos de nacimiento, desde que Diderot en 1749 se empeñó en demostrar su existencia, criterio que ha sido sostenido con gran autoridad por Hanks, Levy, Javal y William James localizando a la altura de la frente el llamado sexto sentido de los ciegos. Kuns pretendió, y su opinión ha sido luego muy repetida, que el ciego se daba cuenta de los obstáculos por la diferencia de la compresión del aire entre el sujeto y los objetos. Crogine lo atribuyó a las impresiones térmicas, Truskell al atento uso del oído, James a la sensación táctil del oído, más que a la apreciación de los sonidos, y otros autores, a sensaciones especiales transmitidas por fletes nerviosos del quinto par. De las investigaciones hechas con mi operado deduzco que en el hombre no existe localización alguna del «sentido de los obstáculos» y que si efectivamente los ciegos frecuentemente se dan cuenta de la proximidad de las personas, animales y objetos de distinta naturaleza, lo hacen, no a virtud de desarrollo de un sentido especial, sino como consecuencia de delicadas apreciaciones, muy atentamente ejercitadas, de un conjunto de impresiones suministradas por el oído, el tacto, el olfato y las variaciones térmicas que le permiten llegar a conclusiones a veces sorprendentes. Así Antonio Cruz se daba cuenta por el olfato de la presencia de un automóvil parado, de un caballo, un perro, de un ser humano, pudiendo decir en este caso, si era hombre ó mujer y en muchas ocasiones determinar con exactitud la persona que tenía delante. El oído le permitía formar juicios más rápidos: no solamente se daba cuenta de la presencia de animales y objetos por la apreciación de ruidos en que los videntes no fijamos habitualmente nuestra atención, sino que deducía la distancia á que se encontraba, y por la voz, los pasos y la manera de reír, conocía miles de personas. El sentido del tacto, admirablemente educado, le permitía formar juicios sorprendentes de las cosas sin palparlas, bastando á veces tocarlas ligeramente, y él refiere que las impresiones térmicas y apreciadas con toda piel, particularmente con la de las manos y la cara, se daba cuenta muchas veces del lugar en que se encontraba y hasta de las horas del día y de la noche.

¿Cuál será el porvenir que aguarde á nuestro operado? Desde el punto de vista de la función visual el éxito ha sido completo; no sólo he logrado que vea con los dos ojos separadamente, sino que ya se ha establecido en él la visión binocular y el intenso nistagmus; que tanto molestaba al principio, había desaparecido totalmente á las seis semanas de la primera operación. La agudeza visual alcanza hoy á $\frac{1}{10}$ en cada ojo y sigue mejorando cada vez más; de cerca

alcanza á ver los caracteres núm. 7 de la escala de Jaeger, y la visión, que era al principio exclusivamente central, ahora es también periférica. El buen resultado óptico obtenido y el afán del paciente de cultivar su clara inteligencia, hacen presagiar que la operación servirá para algo más que para que se encuentre encantado del nuevo mundo en que dice vivir. En cuanto á mí personalmente, me siento muy satisfecho de haber disipado en él las tinieblas que durante treinta años lo rodeaban, dando á las ciencias médicas una observación interesante, á la sociedad un hombre útil y á la patria un ciudadano más.

Bibliografía. (1)

NUEVA TERAPÉUTICA PREVENTIVA Y CURATIVA DE LA SÍFILIS, por el Dr. C. Maturana Vargas.

El Dr. Maturana Vargas ha publicado un folleto en el cual resume su experiencia con los arsenicales, particularmente con los derivados arsénicos que se diferencian de los salvarsanes, en que en éstos el arsénico funciona como trivalente, mientras en aquellos obra como pentavalente.

De los derivados arsénicos ha estudiado el acetylarsán (oxi-aceti-lamino-fenil-arsénico) y el treparsol (derivado formilico del ácido meta-amino-para-oxi fenil-arsénico). Los resultados clínicos que ha observado el Dr. Maturana Vargas con este último cuerpo son excelentes, el organismo queda impregnado con lentitud después de la introducción de este cuerpo por la boca y la eliminación se lleva á cabo de una manera regular.

Según el Dr. Maturana Vargas, el estovarsol, según se desprende de los estudios experimentales, debe ser abandonado, porque aun suponiéndole de eficacia profiláctica, puede ocasionar trastornos de orden tóxico por ser irregular su absorción y su eliminación.

El treparsol como medicación *per os*, es de resultados no igualados hasta el presente por dicha vía. Su acción antisifilítica es parecida á la de los salvarsanes, con la ventaja de no exigir ninguna técnica especializada su administración y no estar contraindicado aun en los casos de arseno-intolerancia.

Habiendo ensayado múltiples veces el treparsol en la estación profiláctica del regimiento de infantería Asia, número 55, entre soldados pertenecientes al mismo que tuvieron relaciones sexuales con mujeres públicas y sospechosas, nunca se presentó ningún caso de sífilis, lo que cabe pensar es igualmente una medicación de profilaxia segura...

El Dr. Maturana Vargas cree que en la terapéutica antisifilítica no hay inconveniente en simultanear el treparsol con las sales de bismuto.

De desear es que se repitan los estudios sobre el treparsol y que se confirmen las excelencias que ha visto en él el Dr. Maturana Vargas. La acción profiláctica de los medicamentos es cosa que está sujeta á tantas eventualidades y los contagios de las enfermedades infecciosas en la vida son tan aleatorios, que no se puede juzgar de la eficacia profiláctica de una sustancia hasta ser ensayada por muchos observadores y en multitud de casos.

Si como ansiamos, se confirman las opiniones del doctor Maturana Vargas de ese treparsol, se podrá decir, y perdonen ustedes este símil de café con banda, que es... el bicarbonato del amor!!!

El trabajo del Dr. Maturana Vargas bien escrito merece ser conocido. Felicitamos á su autor.

Dr. A. PULIDO MARTÍN

(1) Sólo haremos el estudio crítico de las obras que nos sean remitidos dos ejemplares.

Periódicos médicos.

MEDICINA LEGAL EN LENGUA EXTRANJERA

1. **El himen en Medicina legal, por los profesores Parisot y Lucien.**—Está muy generalizada la idea simplista de que un himen íntegro es sinónimo de virginidad, mientras que un himen dividido en colgajos lo es de desfloración. Pero, al enjuiciar así, se desconoce ó se olvida el desarrollo del himen y su tipo morfológico primordial que permiten conocer é interpretar la existencia de formas anormales y de disposiciones raras de dicha membrana de origen congénito.

Estas anomalías pueden hacernos creer:

1.º En la persistencia de la virginidad cuando se trata de una membrana resistente á la penetración del pene, ó muy amplia, elástica y dilatada, así como cuando existe un orificio himenal de grandes dimensiones.

2.º En una desfloración cuando nos hallamos en presencia de un himen dividido congénitamente en múltiples colgajos: himen lobulado, multilobulado, coroliforme, etc.

Para diferenciar un himen con rasgos de esta última naturaleza, de un himen rasgado traumáticamente, se tendrá en cuenta el carácter redondeado de los colgajos, la imposibilidad de enfrentarlos, la menor profundidad de las cisuras y subsidiariamente su simetría y la ausencia de tejido cicatricial. La manera como se rompe un himen no depende de su forma, sino de su estructura.

La integridad del himen, signo clásico de la virginidad, es con mucha frecuencia un signo engañoso. Gracias á las anomalías de forma y de estructura, persisten diferentes variedades de himenes, á pesar de las relaciones sexuales consentidas ó forzadas. Tales son los himenes que se encuentran en el momento del parto.

Para ciertos autores es necesaria la introducción del pene en la cavidad vaginal de la mujer para que haya violación, pero los hechos se revelan contra esta definición, ya que puede existir un embarazo no consentido con imperforación del himen.

Habría, pues, igualmente violación, cuando se pueda probar que, no obstante la persistencia de un himen infranqueable, ha habido un coito vestibular ó un embarazo consecutivo á las tentativas de introducción. La legislación federal de los Estados Unidos admite que toda penetración sexual por mínima que sea, como por ejemplo, la intromisión vulvar, es ya suficiente para que deba ser considerado como consumado el crimen de violación. Tendrá que ser aceptado este punto de vista. (Noveno Congreso de Medicina Legal de lengua francesa. París, 26, 27 y 28 de Mayo de 1924).—T. R. Y.

OFTALMOLOGIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **El tratamiento de las dacriocistitis por la vacunación local, por L. Carrere.**—Los tratamientos no operatorios de la dacriocistitis, poco eficaces é inseguros, han sido substituidos por la ablación total y por la destrucción química del saco lagrimal, que han producido resultados excelentes. Pero no se necesita ser finalista para suponer que dicho saco tiene un papel fisiológico que cumplir y que necesariamente habrá de quedar incumplido con la destrucción de aquél. Algunos oculistas han conseguido restablecer bastante bien la función de las vías lagrimales por medio de la operación llamada dacriocistorrinostomía; pero se trata de

una operación delicada de la que no pueden beneficiarse aquellos casos en los que se necesita obrar con rapidez. Los ensayos de vacunoterapia subcutánea en las dacriocistitis no han producido hasta ahora, según afirma Teulieres, más que resultados negativos, quizá debido á la forma de introducción de la vacuna, si hemos de tener en cuenta las opiniones recientemente sustentadas por Besredka acerca de la inmunidad. De conformidad con estas opiniones, el autor ha tenido la idea de aplicar la vacunación local ó *in situ* al tratamiento de las dacriocistitis, con resultados magníficos, á juzgar por los obtenidos en un caso de que da cuenta, de dacriocistitis doble, que se había resistido durante quince años á las medicaciones habituales.

En presencia de una dacriocistitis, el método que recomienda el autor, calificándole de eficaz, es el siguiente: 1.º Establecer el diagnóstico microbiano por el examen de las lágrimas y por los cultivos; ver si se trata de un microbio único ó de una asociación microbiana, é investigar la sífilis y la tuberculosis; 2.º Practicar lavados con un caldo-vacuna apropiado, que podrá ser una stok vacuna, si es necesario obrar con rapidez, ó una autovacuna. Los lavados se continuarán hasta la curación aparente ó bacteriológica, es decir, hasta que desaparezca el pus ó hasta que desaparezcan los microbios; 3.º Una vez conseguida la curación de la infección se procurará la permeabilidad de las vías lagrimales por medio de sondas de mediano calibre, llamando la atención la facilidad con que pasan las sondas, cuando la infección ha desaparecido completamente. Esta operación deberá ir seguida siempre de un lavado con caldovacuna. Por otra parte, cree el autor que las sondas no son necesarias, pues la permeabilidad se restablece sin su concurso; 4.º Durante cuatro ó cinco días hacer instilaciones con caldovacuna que completan la acción de los lavados.

El tratamiento así aplicado es indoloro, si se tiene la precaución de hacer anestesia local por la instilación de cocaína, y su acción es rápida, lo que permite emplearle en los casos frecuentes en que coexiste con la dacriocistitis una úlcera con hipopión; en este caso la úlcera es tratada por la vacunoterapia local. El resultado más satisfactorio del método es el restablecimiento anatómico y funcional de las vías lagrimales, cosa que sólo muy raramente se consigue por los métodos corrientes como no sea por la dacriocistorrinostomía. La vacunación local tiene aún sobre este método la ventaja de hallarse al alcance de cualquier médico por no necesitar un instrumental especial. (*Bulletin de la Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen*, fascículo V, Marzo de 1924. — T. R. Y.

UROLOGIA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Prostatectomía.**—El Dr. Gil J. Gil hace un estudio encomiástico de esta operación, y después de relatar varios casos clínicos, establece las siguientes conclusiones:

1.ª La prostatectomía es una operación benigna desde que se observen los más rigurosos cuidados preoperatorios. La postoperatoria es delicada, pero si el cirujano se consagra á hacer las curaciones y los lavados personalmente, las complicaciones se dominan con facilidad.

2.ª El mejor tratamiento preoperatorio es la cistostomía previa, la que debe hacerse con anestesia local; la operación secundaria se hará días, semanas ó meses después, cuando el estado general de permeabilidad renal lo permita. En estas condiciones la operación es más benigna, hay menos peligro de hemorragia, el choque es mínimo y los resultados son ge-

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

La función sanitaria es función del Estado y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal. — Garantía inmediata del pago de los titulares por el Estado. — Independencia y retribución de la función forense. — Dignificación profesional. — Unión y solidaridad de los médicos. — Fraternidad, mutuo auxilio. — Seguros, previsión y socorros.



SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlián. — Del Congreso de Sevilla, por V. M. C. — Actualidades, por Sedisat. — Congreso Médico de Sevilla. — Sección oficial: Gobernación. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

Boletín de la semana.

Sigue el conflicto del agua. — Semana de conferencias. Halagüeña solemnidad.

Un diario de esta corte, inspirado de largo tiempo acá por un exministro especializado en asuntos hidráulicos, comenta la sesión municipal del sábado 25, y por lo que se refiere á la intervención del Sr. Bofarull en el asunto del agua, lo hace desde un pedestal de competencia que nos hubiese obligado á callar si fuéramos tan timoratos como los que no han hecho más que asomarse al problema ó esos Narcisos que han visto reflejar su cara de ignorantes, como en un espejo, en las aguas tranquilas, aunque muchas veces turbias, del canalillo.

El problema del abastecimiento de aguas de Madrid, no es tan claro como le parece al aludido comentarista, ni se pueden echar en saco roto las atinadas manifestaciones del concejal Sr. Bofarull.

Por nuestra parte, el problema del agua en Madrid ha sido estudiado desde hace muchos lustros con gran detenimiento é imparcialidad, y por esta razón nos extraña más que se pueda censurar á quien de buena fe, defiende los intereses de la Villa y se enaltezca y santifique al Canal de Isabel II, que solamente por proporcionar todos los años motivos para ser atacado, nos prueba que no llena su cometido á pesar de las ayudas costosas que en vez de provechos significa para el Erario público.

No queremos sentar plaza de perdonavidas, ni recurrimos al *perdónalos*, que no saben lo que se dicen; por el contrario, queremos que se diga, que se hable cuanto se tenga que hablar por los defensores del monopolio del agua madrileña.

La actitud del Sr. Bofarull, que tanto recrimina el diario aludido, que *turbiamente* le deja entrever como agente de algún interés ajeno al nobilísimo que le movió á intervenir, merece nuestro aplauso. Que se hable; que nadie interrumpa la discusión más que con razonamientos; que la corrección sea el único y el más fuerte freno de lo que se alegue, sin frases gruesas ni injuriosas, sin actitudes despectivas, pero señalando los defectos, las defi-

ciencias y los peligros de un problema tan importante como el de abastecer de agua á una población que cada día la necesitará más abundante.

No es esta una cuestión baladí, no se trata de dar nuevos uniformes á la guardia urbana ni de los *espinos artificiales* que á diario se comentan en columnas enteras de algunos diarios; es un problema que supone muchas molestias á los vecinos de una capital de Estado en que el agua evita, bien administrada, muchos de los peligros del hacinamiento y de la falta de otros elementos naturales y necesarios para la vida, y mal administrada constituye el mayor enemigo que puede introducirse en una ciudad.

Ya que los que atacan al Canal no saben lo que se dicen, diga, diga el ilustre colega cuanto sepa para iluminar las pobres mentes de los no convencidos, y sobre todo si supone que puede haber algún interés particular en el suministro parcial del precioso líquido por alguna Empresa; explíquenos, pues no acertamos á encontrarle, qué provecho pudiera haber mayor que el que ha debido obtener el Lozoya, durante tantos años dotando casi exclusivamente á Madrid de agua.

La semana anterior á la en que se celebró el Congreso de Sevilla, fué abundante en actos culturales y constituyó un merecido prólogo de la que fué brillantísima Asamblea Internacional de Medicina; pero no ha tenido menor transcendencia el epílogo, ni han sido menos esplendurosos los últimos destellos de este meteoro científico, del que pueden vanagloriarse los países hispanoamericanos.

Los Dres. Royo Villanova, Espina, Verdes Montenegro y Eizaguirre, en el Colegio de Médicos en la «Semana antituberculosa» organizada por la Sociedad Española de Tisiología, han expuesto trabajos interesantísimos de observación personal y de importancia social, relacionados con su especialidad.

Los profesores chilenos Vargas Salcedo y Montkeberg, en la Facultad de Medicina, tratando los temas «Injertos conjuntivos» y «Tuberculosis y gestación», respectivamente; y el sabio microbiólogo brasileño Dr. Chagas, también en la Facultad

de Medicina, merecieron el homenaje y aplauso unánimes del numeroso público que asistió á sus conferencias.

Por último, el Dr. Ceballos, de la Facultad de Buenos Aires, auxiliado del aparato de proyecciones, desarrolló, el jueves último en la Real Academia Nacional de Medicina, con gran elocuencia, el tema «Artropatías».

Diffícil sería ponderar suficientemente el interés de la labor realizada por los eminentes conferenciantes, y mucho más difícil, quizá imposible, que en un solo mes se vuelva á rendir el trabajo que durante el de Octubre se ha rendido en España para el progreso de la ciencias médicas.

Al no poder ocuparse esta semana en la redacción de este Boletín y por razones transitorias nuestro querido director, nos permitimos, sin su conocimiento, dar breve cuenta de un acto, que si bien ajeno en cierto modo á la vida médica, no lo es por su significación, á la complacencia que debe en nuestra clase producir todo lo que para ella represente enaltecimiento ante el concepto social.

Nos referimos, al decir esto, á la sesión inaugural de sus trabajos que después de su reciente reorganización celebró el día 25 el Consejo de Estado.

Con asistencia de todo el Directorio militar y de las altas personalidades que han de constituir el Pleno de este alto Cuerpo consultivo, prestaron juramento capitanes y tenientes generales, almirantes de la Armada, exministros, prelados, miembros procedentes de Consejos especiales, y prometió, con solemne decoro, un representante de la clase obrera. La causa de nuestro perdonable regocijo la comprenderán los que amen los prestigios de nuestra clase al saber que como presidente de tan elevado Instituto Consultivo, actuó y usó de la palabra en un brioso discurso lleno de patriotismo y de doctrina jurídica un eminente médico que ha sabido llegar á tan alto lugar por su personal esfuerzo, por su antigüedad laboriosa y por la consideración de todos los hombres políticos. Si se tratara de un enaltecimiento personal, nada diríamos; viendo con él unido, por primera vez, el de nuestra amada clase, bien puede perdonárenos la alabanza. También perteneció á otro ilustre médico, al Sr. Fernández Caro, el honor de contestar al Gobierno y al presidente en nombre de todo el Consejo, y lo hizo con su habitual corrección é inspirada elocuencia.

DECIO CARLAN

DEL CONGRESO DE SEVILLA

A punto de disiparse los comentarios de momento y como tales, apasionados, sobre la organización y la labor del reciente Congreso, comienza á sedimentarse lo verdaderamente útil y científico, que en éste, como en todos los certámenes de esta clase, no podía faltar.

De un excepcional interés ha sido el trabajo del Dr. Gallardo Martínez, profesor del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII, sobre Neurovacuna antivariólica, y como la fraternal amistad que nos une con el distinguido sanitario, y el hecho de pertenecer, como él, á la primera y más prestigiosa de nuestras instituciones sanitarias, cohibe nuestro comentario que forzosamente nos llevaría al más entusiasta y franco de los elogios, nos limitamos á transcribir lo que, sobre el asunto, leemos en uno de los principales diarios sevillanos:

«En la sección segunda, y en la sesión de esta mañana, entre los brillantes trabajos presentados ocupa lugar preferente el documentado trabajo del Dr. Gallardo, del Instituto de Higiene de Alfonso XIII, sobre «Neurovacuna antivariólica», *primero que en España se ocupa de seguir los trabajos experimentales de Levaditi. Demuestra por estadística, abundancias de datos y fotografías, las cualidades vacuníferas, resistencia á la temperatura, virulencia, empleo como semilla y estudio comparativo con las dermovacunas y con la neurovacuna virus Levaditi.*

Demuestra que las vacunaciones son positivas del 48,75 al 95 por 100 en los mayores y menores de cuatro meses respectivamente, y por fin rebate con gran copia de argumentos y datos experimentales las objeciones que en contra de la neurovacuna esgrimen los que siguen á Camus.

En la discusión interviene el distinguido Dr. Palanca, prestigiosa figura sanitaria, inspector provincial de Madrid, que confirma los datos expuestos por el comunicante, pues tuvo ocasión de comprobar personalmente el valor de esta neurovacuna tipo C. del doctor Gallardo, haciendo además atinadas observaciones en la epidemiología de la viruela con motivo del brote del mes de Agosto pasado en el Puente de Vallecas, que fué rápidamente dominado.

Interviene para corroborar los resultados obtenidos con las vacunaciones practicadas el Dr. Durán, director de Sanidad interior.

El Dr. Pulido, secretario permanente de la Real Academia de Medicina de Madrid y delegado español en la Comisión permanente de Sanidad de Ginebra, felicita al Dr. Gallardo, del Instituto de Alfonso XIII, y dice que sus trabajos son tenidos en cuenta en el Instituto Pasteur.

El formidable bacteriólogo argentino, Dr. Signerer, hace atinadas observaciones desde la Presidencia que le fué ofrecida por el sabio Dr. Pulido.

El Dr. Gallardo fué calurosamente felicitado.

Por la tarde, en el Instituto provincial de Higiene,

hizo demostraciones experimentales ante numeroso público.»

Por nuestra parte, y contando con la aquiescencia del autor, ofrecemos á los lectores de EL SIGLO MEDICO, la publicación, en uno de nuestros próximos números, del texto íntegro de tan interesante trabajo.

V. M. C.

ACTUALIDADES

Como habíamos anunciado, apareció en *La Voz Médica* del 24, la esperada rectificación y aclaraciones que el señor Calvo Sotelo se ha creído en el caso de hacer á los insistentes resquemores que á su obra se oponen por las clases sanitarias, á las que después de hablarlas del espíritu de la reforma, igualdad de los empleados municipales, recurso gubernativo, gratuidad del recurso y arbitrariedad y arbitrios municipales, concluye diciendo:

«Las tres faltas leves.

Al parecer, lo que más alarma á las clases sanitarias es el miedo á que los Ayuntamientos abusen de las faltas leves, para convertir el tríptico de ellas en falta grave. Considero excesivo el recelo; no hay que olvidar que si se castiga como falta leve lo que no pasa de simple sutileza, puede acudirse á los Tribunales, que seguramente dejarán sin efecto la decisión edilicia, conforme á la jurisprudencia que hasta ahora sentaron, y que es de esperar subsista íntegramente.

Pero queremos ofrecer testimonio de ecuanimidad y ponderación, y, en su virtud, confesamos que, contra nuestras intenciones, ese precepto podría servir de ganzúa á la vieja política. Y dicho está, por tanto, que señalado ese peligro, somos los más directamente interesados en contenerlo, porque la modesta labor de todos cuantos hemos trabajado en la reforma municipal, persigue unos ideales de depuración, asepsia y equidad que se frustrarían si por algún resquicio pudiese penetrar el aire malsano de la intriga, la picardía ó el atropello. Así, pues, con la misma claridad y tan sinceramente como en otros puntos decimos que los impugnadores están ofuscados, por pasión, ó por noble error, ó por ignorancia del problema en todos sus aspectos, con relación á éste hemos de proclamar que acaso aciertan, y, de consiguiente, que nuestro informe y opinión han de facilitar, y si es preciso aconsejar, la reforma que se ha solicitado del Gobierno. Al proceder de ese modo, nos limitamos á reafirmar, una vez más, las líneas fundamentales de la obra municipalista que está en marcha.»

Como habréis podido apreciar, fácil será establecer la inteligencia necesaria con un espíritu tan progresivo y ecuanime como el del Sr. Calvo Sotelo, á quien, á no pecar de injustos, no podemos menos de reconocer está claramente demostrando á la clase médica un verdadero afecto.

Por equitativo y justo está siendo favorablemente comentado, y en muchos Boletines de Colegios Médicos transcrito, el acuerdo por el de Lérida tomado contra el proceder del médico de Granja de Escarpe, D. León Formiguera.

Lamentable será siempre que un compañero cometa las faltas que al Sr. Formiguera se imputan; y más lo serían si en vez de aplicársele apropiado y reglamentario correctivo, quedaran aquellas alardeando de vituperable impunidad.

No ha sido así, sin embargo, y plausible resulta la conducta del Colegio que, á cambio de sostener incólumes sus

prestigios y los de todos sus asociados, no ha tenido inconveniente en sacrificar al compañero, que mal aconsejado creyó poder anteponer sus egoísmos y caprichos á todo otro género de más elevadas consideraciones.

Ese, ese es el mejor camino de que la Sociedad haga justicia á nuestra moralidad y equitativos procedimientos; y de que los Colegios disfruten del ascendiente necesario en sus resoluciones.

..

¡Qué hermosos ejemplos ofrece la caridad á la admiración de las gentes; de qué delicadas maneras se vale para ejercerse y manifestarse!...

El acaso coloca hoy en mis manos la revista de la leprosería de Fontilles (Alicante), y en su lectura me deleito viendo estos ejemplos: Las niñas del Colegio de las hermanas de la doctrina cristiana de Cabrera de Mataró, no teniendo con qué socorrerlos, se privan de muchos gustos y envían limosnas; Jesualdita, niña de Ondara, guarda los céntimos que la dan hasta que convertidos en pesetas los envía; las operarias de una fábrica de Alcoy, asociadas á tal fin, recaudan y envían sus donativos; las alumnas del Colegio de la Compañía de María en Valladolid, no contentas con enviarles limosnas, desean noticias de ellos; un sastre de Oliva forma sociedad con sus oficiales, y para recoger las limosnas se imponen grandes mortificaciones y penitencias..., y así hasta lo infinito, postulan y allegan limosnas todos los privilegiados seres para quienes el mayor placer estriba en reportar algún beneficio á sus semejantes.

¡Bendita sea la caridad que tantos corazones mueve y tantas lágrimas enjuga!

..

Explicó, por fin, el pasado sábado la anunciada conferencia sobre «Injertos conjuntivos», el insigne Dr. Vargas Salcedo, profesor de la Universidad de Santiago de Chile.

Con dominio absoluto de la técnica á cada caso aplicable, y con una tan variada como original serie de proyecciones en que patentizadas quedaron la perfección y éxitos obtenidos con sus procedimientos, desarrolló el conferenciante el instructivo é interesante tema que calurosamente aplaudido fué por la concurrencia.

..

En el Instituto Rubio, como nunca retrasado este año en la inauguración de sus tradicionales labores, da un colega la noticia de sentirse vivos anhelos de renovación por profesores, alumnos y enfermos con verdadera avidez sentidos, y que á consecuencia de esto, algunos jefes de sección que no han podido colaborar activamente en los últimos años han dimitido facilitando así la solución.

De confirmarse estas noticias, seguro es que los expresados señores quedarán de profesores honorarios.

Lo esencial es que la reputada Institución no pierda su carácter docente, y que nadie se sienta mortificado por acuerdos que la general conveniencia y el mejor servicio hacía inevitables é inaplazables.

SEDISAL.

CONGRESO MEDICO DE SEVILLA

Convencidos de la imposibilidad de encauzar las discusiones que en número considerable quedaron sin explicar y darse á conocer, el anhelo de todos quedó reducido á establecer las conclusiones, á que con trabajo impropio pudo llegarse, é íntegras transcribimos, ya que en ellas aparecen

puntos de vista generales interesantísimos, y muy en particular especificado cuanto afecta á las modificaciones que en la sección profesional deben introducir los reglamentos.

CONCLUSIONES DE LAS SECCIONES

Sección octava.

Fueron aprobadas las siguientes conclusiones:

- 1.^a Creación de un Cuerpo de investigación especial antivenérea, á las órdenes del director técnico del servicio.
- 2.^a Supresión inmediata del reconocimiento domiciliario de las prostitutas.
- 3.^a Modificar la Comisión permanente con una Subcomisión á los fines de la lucha antivenérea.
- 4.^a Creación de dispensarios y sifilómetros con todos los elementos necesarios.
- 5.^a Traslación de cabinas sanitarias de urgencia.
- 6.^a Insistir en la petición formulada en el anterior Congreso de que se provean las cátedras de Sifiliografía vacantes en las Universidades.

A los Colegios Médicos se pide la vigilancia y persecución del intrusismo y charlatanismo médico.

Sección Médica de intereses profesionales.

- 1.^a Constituir la Federación Sanitaria Nacional, como organismo libre, el cual, con el entusiasmo y la abnegación propios de todas las Agrupaciones formadas por hombres que voluntariamente se prestan á luchar por un ideal, refuercen las demás organizaciones profesionales existentes y les ayuden de un modo incondicional para que puedan realizar su programa mínimo de aspiraciones.
- 2.^a Que la Mesa del Congreso se dirija á la Comisión permanente de la Sociedad de Naciones solicitando ser estudiada la forma de llevar á la práctica lo antes posible la organización internacional de Sanidad con arreglo al proyecto del Dr. Centeno, de Sevilla.
- 3.^a Que se funde en Sevilla la Universidad Iberoamericana conforme á la concepción del Dr. Centeno y que su proyecto sea presentado á S. M. el Rey por la persona designada al efecto.

De los subdelegados de Medicina.

- 1.^a Que á los subdelegados de Medicina se les denomine inspectores sanitarios de distrito.
- 2.^a Que se modifiquen y amplíen las actuales tarifas de honorarios y derechos sanitarios.
- 3.^a Que se promulgue el reglamento de los inspectores de distrito.
- 4.^a Que en el Reglamento de aplicación del Estatuto municipal se tenga en cuenta lo preceptuado en la Real orden de 25 de Febrero de 1924 sobre Subdelegaciones de Medicina.

Las aprobadas por la Sección de Intereses profesionales respecto á las modificaciones que deben introducirse en el reglamento de empleados municipales han sido:

- 1.^a Los sanitarios titulares deben ser incluidos en los artículos 39, 42, 43, 44, 45, 46, 47 y 48 de dicho reglamento para los efectos económicos, pudiendo los titulares de cuarta y quinta categoría llegar con los quinquenios al aumento de 5 por 100 de sus sueldos.

Provisión de vacante.

Hasta tanto que no se establezca la oposición directa como sistema único para la provisión de titulares, éstas se proveerán por oposición ó por concurso.

Los concursos se ajustarán á las normas siguientes: Producida la vacante, el Ayuntamiento, en el improrrogable

plazo de veinticuatro horas, dará cuenta de ello al inspector provincial de Sanidad, quien la hará publicar en el *Boletín Oficial* de la provincia y comunicará á la Dirección general de Sanidad, para su publicación en la *Gaceta*.

La Inspección provincial de Sanidad solicitará asimismo, en el improrrogable plazo de veinticuatro horas, un informe del Colegio oficial á que corresponda la vacante. Esta entidad, á su vez, solicitará dicha información de la Asociación de distrito, que á tal efecto deberán constituirse en todas las provincias. Esta información comprenderá todo cuanto pueda relacionarse con el ejercicio profesional, y de sus datos, unos podrán publicarse, quedando otros reservados en el Colegio para informar á los solicitantes.

Terminado el plazo que se hubiese señalado para el concurso de solicitudes, serán enviadas al inspector provincial de Sanidad, quien, asesorado por el Colegio correspondiente, propondrá una terna al Ayuntamiento, no pudiendo en ningún caso recaer el nombramiento de titular en los solicitantes que no estuviesen incluidos en ella.

En el art. 109 del Estatuto municipal debe suprimirse la falta grave núm. 9, constituida por acumulación de tres faltas leves.

En el art. 110 debe desaparecer la facultad que se concede al alcalde para apercibir al titular, por estimar que dicha facultad es atentatoria al decoro profesional.

Al art. 105 debe agregarse que no podrá estipularse, ni aun de común acuerdo el Ayuntamiento y el titular, la duración limitada del contrato como cláusula resolutoria para producirse vacante.

A los efectos de lo establecido en el art. 107, pasan á la Junta de Gobierno de los Colegios, y dentro de sus respectivas jurisdicciones, las facultades concedidas por la Instrucción general de Sanidad á las disueltas Juntas de Gobierno y Patronato de titulares.

Al art. 11 deben introducirse las siguientes adicionales:

- 1.^a No podrá decretarse la suspensión ó destitución de ningún titular sin oír previamente al Colegio provincial respectivo, salvo en el caso de que la resolución sea dictada á instancia de la autoridad judicial. El Colegio enviará su informe en el plazo de ocho días, á contar del en que hubiere recibido la notificación.

- 2.^a Si entablado recurso contencioso-administrativo contra el acuerdo de la Comisión permanente suspendiendo á un titular de empleo y sueldo, el Tribunal competente anulara la resolución de aquélla, los concejales y el alcalde que la hubieran adoptado vendrán obligados solidaria y mancomunadamente á abonar al titular suspenso el sueldo devengado durante el tiempo que durara la suspensión.

- 3.^a En el caso de que un Ayuntamiento acuerde la destitución de un titular, éste continuará desempeñando el cargo hasta que el acuerdo sea firme ó hasta que haya terminado definitivamente el litigio contencioso-administrativo que fuese entablado á este efecto.

Interinidades.

Los Colegios harán un censo de las titulares de la provincia, señalando las que estén cubiertas en propiedad, las interinas y las vacantes, remitiendo dicho censo á la Dirección general de Sanidad.

A los Ayuntamientos que tengan las titulares servidas interinamente en la actualidad se les concederá un plazo de seis meses para que las provean en propiedad, y si no lo hacen automáticamente pasarán á propietarios los que interinamente desempeñan las plazas.

En lo sucesivo, ninguna interinidad podrá durar más de seis meses. Los Ayuntamientos que en este plazo no cele-

bren el concurso ó la oposición para proveerla, se entenderá que la adjudican en propiedad al que interinamente la desempeñe.

Pensiones.

Que á los médicos fallecidos con ocasión del servicio de asistencia facultativa á epidemias oficialmente declaradas se les considere como á los militares muertos en campaña, con la creación de una escala de pensiones á viudas y huérfanos.

Papel del médico en la determinación de las aptitudes profesionales.

Dr. E. Mira.—Conclusión aprobada.

Dada la importancia que en todos los países se concede actualmente á los estudios de la orientación profesional científica, esto es, basada principalmente en la fisiopatología y en la psicología aplicadas, la Sección XIV del II Congreso Nacional de Ciencias Médicas propone la creación de una ó de varias cátedras de dicha materia en las Universidades de las regiones que cuentan ya con centros, personal y material apropiados para poderlas desempeñar. Tal enseñanza, completamente libre y voluntaria, podría servir para otorgar á los médicos que así lo deseen un diploma de especialista en la orientación profesional, á semejanza de lo que se hace en Inglaterra; por ejemplo, en la Universidad de Londres.

De esta suerte, nuestra profesión se enriquecerá muy justamente con una nueva fuente de ingresos, y, lo que es más importante, contribuirá eficazmente bajo un nuevo aspecto al engrandecimiento del país.

Proposición incidental sobre la Deontología médica.

Que de acuerdo con las editoriales publicadas en la *Revista Médica de Barcelona* y en los *Progresos de la Clínica*, se proponga la creación de un Tribunal de honor, con carácter oficial, en cada Colegio médico para juzgar las faltas de deontología profesional. Tales Tribunales estarán constituidos por las personas designadas mediante mayoría mínima de tres cuartas partes de los votos, emitidos en libre y secreto sufragio por todos los colegiados.

Que se celebre en el mes de Junio de 1925 en la ciudad de Burgos una Asamblea nacional para el estudio de la reorganización de la enseñanza médica en España.

A dicha Asamblea serán invitados por la Mesa de la Sección XIV de este Congreso las Facultades de Medicina, los Colegios médicos y los estudiantes de Medicina españoles.

Sección del Aparato respiratorio.

Esta Sección acuerda las dos siguientes conclusiones:

1.ª Se considera necesario fomentar las investigaciones radiográficas y electrocardiográficas para facilitar el diagnóstico y pronóstico de las cardiopatías.

2.ª La Sección de Enfermedades del pecho se cree en el deber de consignar que no existe en la actualidad ningún recurso profiláctico y terapéutico específico contra la tuberculosis, debiéndose aconsejar el tratamiento dietético higiénico, y en casos especiales, la colapsoterapia, previniendo al público sobre los abusos que se realizan en los tuberculosos con fines industriales.

Sección de Urología.

Conclusiones aprobadas por unanimidad que se presentan á la asamblea de clausura del II Congreso Nacional de Ciencias Médicas:

1.ª Que se dote á los hospitales y clínicas oficiales de los medios físicos necesarios (radio, rayos X, etc.) para el tratamiento del cáncer en el aparato urinario.

2.ª Solicitar del Poder público la creación de la cátedra de Urología en las Facultades de Medicina de toda España, en el período de la Licenciatura.

Conclusiones de la Sección de Oftalmología.

1.ª La competencia probada de los médicos españoles y la dignidad patria exigen que á los médicos extranjeros que pretendan ejercer en España se les obligue á demostrar su suficiencia en todas las materias de la carrera médica en las mismas condiciones en que lo hacen los nacionales.

2.ª Para la designación de delegados oficiales españoles en Congresos internacionales debe tenerse en cuenta preferentemente el dictamen de las Sociedades científicas referentes á la especialidad respectiva, con el fin de que el delegado ó delegados desempeñen su misión con la mayor competencia y brillantez posible.

3.ª Ante el creciente desarrollo del número de ciegos debido al tracoma, reiterar urgentemente la petición, ya hecha en Congresos anteriores, de la necesidad de combatir dicha plaga con las medidas entonces propuestas, á saber: creación de hospitales, ó al menos de salas especiales para tracomatosos, y de escuelas especiales para los mismos, etcétera, en las regiones más castigadas.

4.ª Insistir una vez más sobre la necesidad de cortar las intrusiones en el terreno de los defectos de refacción por las personas que expenden cristales sin prescripción del médico especialistas, único capacitado para hacerlo.»

Sección oficial.

GOBERNACIÓN

Dirección general de Administración.

BENEFICENCIA GENERAL

Oposiciones á tres plazas de médicos-cirujanos, vacantes en el Cuerpo de Médicos de número de la Beneficencia general,

QUESTIONARIO DE PREGUNTAS PARA EL PRIMER EJERCICIO

1, Los fermentos; sus propiedades generales y su importancia en Fisiología; 2, Estado coloide; su papel en los fenómenos vitales; 3, Estudio bio-químico de la digestión gástrica; 4, Estudio bio-químico de la digestión intestinal; 5, Química de la respiración; 6, Presión sanguínea; factores que intervienen en su mantenimiento y regulación; 7, Metabolismo de las grasas; 8, Metabolismo de los hidratos de carbono; 9, Metabolismo de las sustancias proteicas; 10, Estudio de conjunto de las vías de conducción en el sistema nervioso central; 11, Crítica de las diferentes teorías de la secreción renal; 12, Clasificación fisiológica de las secreciones internas; 13, Fisiología del aparato óptico-cerebral; su estudio; 14, Herencia en Patología; estado actual de la cuestión; 15, Inflamación en general; 16, Ideas modernas acerca de la génesis de las neoplasias; 17, Inmunidad; teorías acerca de ella; 18, Anafilaxia; teorías acerca de ella; 19, Diarrea; diagnóstico coprológico; 20, Exploración funcional del hígado; 21, Glucosuria; estudio de este síndrome; 22, Métodos para estudiar los cambios respiratorios en el hombre; metabolismo basal.

23, Patogenia de los edemas; 24, Fisiopatología de la coagulación sanguínea; 25, Los llamados grupos sanguíneos; su fisiopatología; 26, Circunstancias que presiden el desarrollo

de la hipertrofia cardíaca; 27, Causas de la fiebre y modificaciones nutritivas del febricitante; 28, Estudio de los comas: patogenia; 29, Perturbaciones de la sensibilidad cutánea y visceral; 30, Evolución del concepto de la afasia; 31, Análisis químico de la sangre; datos que proporciona; 32, Circulación en los capilares; valor de la capilaroscopia; 33, Fundamentos físicos de la exploración radiológica; 34, Datos que proporciona el análisis del líquido cefalorraquídeo; 35, Desviación del complemento; teorías y aplicaciones clínicas; 36, Aplicaciones médicas de las sales de calcio; 37, Helioterapia; fundamentos e indicaciones; 38, Acción fisiológica y terapéutica de la digital; 39, Usos terapéuticos de los metales coloidales; teoría y técnica; 40, Yodo y sus compuestos.—Su empleo terapéutico; 41, Hipnóticos principales.—Su estudio terapéutico; 42, Compuestos mercuriales más usados en terapéutica.—Su acción y sus aplicaciones; 43, Del radio y sus aplicaciones terapéuticas; 44, Fundamentos biológicos de la Proteinoterapia.—Sus aplicaciones; 45, Método intrarraquídeo de aplicaciones medicamentosas.—Indicaciones y técnica; 46, Empleo terapéutico de los compuestos de bismuto; 47, Del opio y sus alcaloides.—Acción fisiológica y terapéutica; 48, Medicación antitérmica.—Su valor terapéutico; 49, Indicaciones y contraindicaciones de la Balneoterapia; 50, Acción fisiológica y terapéutica de la adrenalina; 51, Vermífugos y tenífugos.—Su modo de acción y empleo; 52, Compuestos de plata.—Acción fisiológica.—Usos; 53, Fundamentos fisiológicos de la Opoaterapia.—Estudio especial de la tiroidina, ovarina y pituitrina; 54, Acción fisiológica y terapéutica del cloroformo.—Maneras de emplearle; 55, Estricnina y vegetales que la contienen.—Su acción fisiológica, tóxica y terapéutica; 56, Belladona y atropina.—Su acción fisiológica y aplicaciones médicas; 57, De las emisiones sanguíneas como recurso terapéutico.—¿Deben proibirse?; 58, Inyecciones intratraqueales medicamentosas.—Técnica.—Accidentes.—Indicaciones; 59, Principales diuréticos.—Su estudio terapéutico; 60, De la uropina y sus aplicaciones médico-quirúrgicas; 61, Quina, quinina y quinidina.—Acción fisiológica.—Modo de empleo.—Usos; 62, Diatermia.—Fundamentos del método.—Sus indicaciones; 63, Vacunas y sueros como medios terapéuticos.—Indicaciones de los más eficaces en clínica; 64, Compuestos arsenicales más usados.—Valor terapéutico; 65, Estudio de la insulina desde el punto de vista fisiológico y terapéutico; 66, Medicación hemostática.—Modo de acción.—Principales sustancias que se emplean; 67, Fundamentos de la Roentgenterapia; 68, Profilaxis de la fiebre tifoidea; 69, Reacciones serológicas de la sífilis; 70, Régimen alimenticio en las infecciones agudas; 71, Formas clínicas de la gripe; 72, Complicaciones de la fiebre tifoidea; 73, Estudio clínico de la fiebre de Malta; 74, Caracteres clínicos de la sífilis en sus distintos períodos.—Estudio general; 75, Anatomía patológica de la fiebre tifoidea; 76, Diagnóstico y tratamiento de la fiebre tifoidea; 77, Tifus exantemático.—Causas.—Síntomas.—Tratamiento; 78, Diagnóstico precoz y diferencial entre la escarlatina, el sarampión, roséola y viruela; 79, Anquilostomiasis.—Causas.—Síntomas.—Tratamiento; 80, Formas clínicas del paludismo.—Patogenia y tratamiento; 81, Fiebres paratifoideas.—Causas.—Síntomas.—Tratamiento; 82, Patogenia y cuadro clínico del tétanos; 83, De la hemoptisis.—Su patogenia y tratamiento; 84, Diagnóstico clínico de la tuberculosis pulmonar crónica; 85, Los métodos de laboratorio en el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar; 86, Tuberculinoterapia.—Fundamentos.—Técnica.—Resultados; 87, Patogenia y tratamiento del asma esencial.

(Continuará.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 711,7; ídem mínima, 709,2; temperatura máxima, 21°,0; ídem mínima, 7°,0; vientos dominantes, SO. NE.

Sigue siendo relativamente favorable el estado de la salud pública en Madrid, pues sólo se registran entre los afectos agudos aquellos que como los reumatismos y los catarros de las primeras vías respiratorias son propios de la estación y de las vicisitudes meteorológicas. En las afecciones crónicas comienzan a notarse las naturales complicaciones debido las más veces á enfriamientos ó transgresiones del régimen.

En los niños continúa disminuyendo la coqueluche.

Mortalidad de Madrid en Septiembre de 1924 comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior.

Comparación por grandes grupos de edades:

	Promedio anterior.	Septiembre de 1924.
Menores de 1 año.....	162	131
De 1 á 4 años.....	126	93
De 5 á 19.....	83	77
De 20 á 39.....	168	170
De 40 á 59.....	203	197
De 60 en adelante.....	251	230
Sin clasificación.....	2	1
TOTAL.....	995	899

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social:

	Promedio anterior.	Septiembre de 1924.
Fiebre tifoidea.....	21	16
Tifus exantemático.....	1	»
Viruela.....	»	5
Sarampión.....	6	1
Escarlatina.....	7	5
Coqueluche.....	1	1
Difteria.....	8	4
Gripe.....	9	»
Otras epidémicas.....	4	2
Tuberculosis pulmonar.....	122	109
Ídem meningea.....	9	13
Otras tuberculosis.....	25	21
Cancerosas.....	55	53
Meningitis.....	57	41
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	53	64
Orgánicas del corazón.....	66	45
Bronquitis aguda.....	28	12
Ídem crónica.....	17	11
Pulmonía.....	18	19
Broncopneumonía y otras.....	62	38
Enteritis (menores de dos años).....	85	68
Apendicitis y tifitis.....	3	4
Hernias y obstrucciones.....	12	13
Cirrosis hepática.....	13	11
Nefritis.....	32	39
Septicemia puerperal.....	7	6
Debilidad congénita y vicios de conformación.....	38	34
Senectud.....	26	29
Otras enfermedades.....	210	225
TOTAL.....	995	899

Varones.....	469
Hembras.....	430
Promedio de mortalidad diaria del mes en el quinquenio anterior.....	33,17
Idem íd. en Septiembre de 1924.....	29,97
Idem íd. en Agosto de 1924.....	31,48

Observaciones.

Persiste, afortunadamente, el descenso de la mortalidad madrileña. Septiembre, que como en otras ocasiones hemos hecho notar es habitualmente el de cifras más bajas, sostiene brillantemente su puesto registrando una de las más pequeñas mensuales conocidas en lo que va de siglo con un promedio diario de 29,966.

Nota curiosa digna de saberse ha sido, que por primera vez en nuestras estadísticas ha transcurrido un mes sin haberse diagnosticado defunción alguna por gripe.

Otra, no menos interesante para la ciencia médica, es la defunción por *tripanosomiasis* de un varón de treinta y ocho años, filipino, acaecida en el Hospital Provincial.

Por viruela han fallecido en el Hospital de San Juan de Dios, dos adultos domiciliados en Vallecas y tres niños, uno en aquél nosocomio y dos en sus domicilios. Los tres residentes en el mismo sector de los barrios bajos.

Víctimas de la sífilis han sido: por *heredofilis* un niño en su domicilio y otro en la sucursal de la Inclusa, y por *hepatitis específica*, un adulto en el Hospital de San Francisco de Paula. Total, 3.

Nacieron vivos, 1.580.

LUIS LASBENNES

Crónicas.

Conferencias en Barcelona.—En la semana última se han pronunciado en Barcelona dos notables conferencias: la primera tuvo lugar en el Fomento del Trabajo Nacional, el sábado 25, y estuvo á cargo del eminente bacteriólogo alemán, profesor Fischer, versando sobre el tema: «Las enfermedades tropicales».

El Dr. Fischer, que en unión de Cleine ha estudiado en Africa el interesante problema enunciado en su conferencia, desarrolló un detenido y concienzudo trabajo principalmente sobre la enfermedad del *sueño* en el Africa Central.

La segunda conferencia fué pronunciada en la Facultad de Medicina de Barcelona, por el profesor argentino doctor Houssay, y versó sobre: «Acción fisiológica de la adrenalina».

El discurso de presentación fué pronunciado por el rector de la Universidad Sr. Martínez Vargas, y á continuación de éste el Dr. Pi y Suñer dirigió un saludo é hizo grandes elogios del profesorado de la Universidad de Buenos Aires.

Después del brillante desarrollo de la conferencia del Dr. Houssay, que fué aplaudidísimo, usaron de la palabra con acierto, el decano de la Facultad y el cónsul de la República Argentina.

Epidemia de encefalitis.—Comunican de Haití que se ha declarado en la isla de Santo Domingo una epidemia de encefalitis letárgica.

El gobernador, Sr. Hanover, ha telegraphado á Washington pidiendo el urgente envío de médicos especialistas para combatir la enfermedad, que está haciendo diariamente centenares de víctimas.

Casos de tífus.—En algunas poblaciones de Lérida y Girona se han registrado varios casos de tífus.

En la capital de Lérida, sin duda han sido más graves las invasiones y mayor el número de casos.

El alcalde ha ordenado al vecindario el exacto cumplimiento de las disposiciones sanitarias. El Laboratorio municipal analiza las aguas que abastecen la población.

A fin de inspeccionar el material sanitario, fué enviado el delegado de los servicios de la Mancomunidad con el jefe de éstos, Dr. Serra.

Escuela Española de Fisiología.—El día 22, á las siete de la tarde, comenzó el curso de conferencias públicas sobre

problemas de la tuberculosis en el Colegio de Médicos (Gran Vía, 8, entresuelo).

La conferencia inaugural estuvo á cargo del Dr. Royo Villanova, rector de la Universidad de Zaragoza, quien disertó acerca de «El individuo y la sociedad en la lucha contra la tuberculosis».

Consulta gratuita.—A partir de los primeros días del mes anterior, se ha abierto al público, como los años anteriores, la consulta gratuita de enfermedades de la piel y venéreo que en el Hospital de San Carlos, de la Facultad de Medicina de Madrid, dirige el Dr. D. Vicente Gimeno, distinguido especialista en tales enfermedades.

La consulta, que es completamente gratuita, comienza á las cinco de la tarde todos los días laborables.

El subsidio de Maternidad.—El Instituto Nacional de Previsión ha dado á la publicidad la siguiente nota con motivo del primer aniversario del decreto creando el subsidio de Maternidad:

«Por Real decreto de 21 de Agosto de 1923 fueron reformados algunos artículos de la ley sobre el trabajo de las mujeres y de los niños, en el sentido de reglamentar el trabajo de las madres obreras antes y después del alumbramiento, concediéndoles varios derechos, entre ellos el de percibir del Estado un subsidio de 50 pesetas en el caso de dar á luz, é instaurando con ello un avance del proyectado seguro obrero de maternidad.

Inspírase esta labor legislativa, para cuya efectividad, en lo relativo al pago de dicho subsidio, ha consignado el Directorio medios económicos en la vigente ley de Presupuestos, en un ideal de mejoramiento de la raza, facilitando adecuada asistencia á la madre y al hijo durante un mínimo de reposo obligatorio, según se indica en el preámbulo del referido Real decreto.

Por la aplicación de éste han recibido ya las 50 pesetas, 4.693 obreras madres, pertenecientes á todas las regiones de España.

Reunidos en el Instituto Nacional de Previsión los obreros y patronos que forman parte de la Comisión para el Subsidio de Maternidad, al conmemorar el primer aniversario de la efectividad de esta mejora social, que comenzó á aplicarse el 15 de Octubre de 1923, han acordado manifestar su deseo de que, como uno de los medios de contribuir á la vigorización de la raza, las clases patronales y obreras cuiden, en cuanto les compete, de que no deje de aplicarse en ningún caso dicho subsidio.»

Para el Sanatorio de Vitoria.—El sábado 25 de Octubre que celebraba sesión plenaria el Ayuntamiento de Vitoria, fué propuesta la aprobación de un presupuesto extraordinario para obras de saneamiento de la capital por valor de 300.000 pesetas.

Inauguración de un hospital en Santurce.—En la mañana del día 24 de Octubre tuvo lugar en Santurce el solemne acto inaugural del hospital para niños tullidos y lisiados, denominado Hogar y Clínica de San Juan de Dios.

Asistieron al acto el gobernador militar y el presidente de la Diputación provincial de Bilbao, el alcalde y demás autoridades locales de Santurce y el Ilmo. Sr. Obispo de la Diócesis que fué ex profeso desde Vitoria para bendecir las dependencias de la nueva y benéfica institución.

Se celebró una solemne función religiosa y después un banquete en honor de las autoridades y demás invitados.

Instituto Español Criminológico.—Ha quedado abierta en la Conserjería del Colegio de Médicos, Gran Vía, 8, la matrícula gratuita para el curso de Psiquiatría Forense que actualmente explica el Dr. César Juarros.

Constará de 22 lecciones teóricas y 8 lecciones clínicas. Las clases teóricas serán los jueves, á las seis, en el Museo Antropológico, teniendo lugar la primera el 30 de Octubre,

Sanidad de la Armada.—Por Real decreto de la Presidencia del Directorio, de fecha 23 de Octubre, se ha dispuesto que el inspector del Cuerpo de Sanidad de la Armada D. Vicente de las Barreras pase á ocupar el cargo de jefe del Cuerpo y de los Servicios sanitarios del Departamento de Cádiz.

El premio Nobel de Fisiología.—Se ha publicado en la prensa mundial un parte procedente de Estocolmo en el que se da la noticia de haberse concedido el premio Nobel de

Fisiología al sabio holandés profesor Guillermo Einthoven. Nacido en Samarang (Indias holandesas) en 1860, se doctoró muy joven en Medicina y fué ayudante del *Gasthuis-voor Ooglijders*, de Utrecht.

Colaboró en multitud de obras fundamentales de Medicina y ha publicado muchos artículos y trabajos sobre Fisiología.

Su obra más reputada es: *De leer. d. specif. Energieën*, publicada en 1886.

Desde este mismo año viene explicando la Cátedra de Fisiología en la Universidad de Leiden.

La cocaína á kilos.—En San Sebastián... ¡y cómo no!, también se trafica con cocaína. Como dicen los donostiarras que es la población más europeizada y más á la moderna de España, no podían faltar unos kilitos de cocaína en tráfico ilegal para distracción de indígenas y forasteros.

A un individuo, muy conocido en la bella Easo, llamado Celestino Jáuregui, se le ha detenido por haber traficado con la friolera de 5 kilos de cocaína.

Felicitemos á la Policía de San Sebastián, que por un procedimiento hábil consiguió la captura del interfecto.

Y á propósito de tiros... ¿cómo no hay mal que por bien no venga, aunque suponemos que algo parecido se hará, creemos que estas cantidades fabulosas de anestésicos de que se incanta el Estado, privando de un dulce sopor á muchos imbeciles, no estarían de más en los hospitales de sangre de Marruecos y en algunos mal dotados de la Península, á los que se libraría evidentemente de un gasto que se podría dedicar á otras atenciones.

La vacunación en Madrid. Nota oficial de la Alcaldía.—Durante la primera quincena del presente mes de Octubre ha venido funcionando dicho servicio con innegable éxito, gracias á la decidida cooperación del vecindario y numerosas entidades y Asociaciones, que han establecido centros de vacunación, abastecidos por el Laboratorio Municipal, como el de la Asociación de la Prensa, cuyas benéficas propagandas tanto agradece la Alcaldía, por cuanto han estimulado al vecindario.

Del resultado de los trabajos de vacunación realizados en los quince primeros días de Octubre puede dar idea el siguiente avance: Número de vacunaciones en el Centro del Laboratorio de los Cuatro Caminos, 6.357; ídem íd. íd. en la Guindalera, 5.922. Vacunaciones hechas en la Tenencia de Alcaldía del Congreso, 2.095; Hospicio, 2.149; Buenavista, 2.463; Hospital, 2.463; Chamberí, 2.520; Inclusa, 2.535; Universidad, 3.300; Palacio, 4.180; Centro, 5.050, y Latina, 6.888. Suman en total las vacunaciones de los doce Centros, 45.914. Vacunaciones á domicilio para el aislamiento de casos de viruela y á petición de talleres, fábricas, oficinas y otros núcleos, 11.157.

Dosis de vacuna entregadas por el Laboratorio: á médicos particulares y vecinos, 8.580; á Clínicas y Casas de Socorro particulares, 10.070; á Sociedades y Centros de toda clase, 19.980; á Casas de Socorro é instituciones municipales, 8.590; á Centros de la provincia, 2.260; á Centros del Estado, 2.200. Suman en total las dosis de vacuna entregadas, 51.680.

De lo expuesto se deduce que por el Servicio municipal va ya atendido el siguiente número de personas:

En la tercera decena de Septiembre, según cálculo ya publicado, 101.932, y en la primera quincena de Octubre, 107.071. Suman, 209.003.

El día 15 de Octubre se cierra sin ningún pedido pendiente de vacuna.

A la cifra anterior hay que agregar la que representen las personas que han sido atendidas en los Centros de vacunación oficiales y particulares, así como por los señores médicos particulares con vacunas de otras procedencias.

La Alcaldía recuerda al vecindario que terminando el plazo voluntario de vacunación en fin de mes, comienza á partir de esa fecha el obligatorio, á cuyo efecto se dará cumplimiento con toda severidad á lo prevenido en el bando de 24 de Septiembre último sobre el particular.

La Alcaldía se mostrará inflexible, aplicando normas de una verdadera dictadura sanitaria por igual á todas las clases sociales, no sólo contra los que contravengan lo dispuesto, sino ante posibles ocultaciones de casos de viruela, insistiendo en combatir ésta no sólo transitoriamente, sino con insistencia constante que tenga eficacia para prevenir la posible repetición de una epidemia.

Rectificación.—En nuestro número anterior, página IX, publicábamos una receta sobre el benzoato Hg., y omitimos la mención siguiente:

Porque son de su absoluta confianza, los señores médicos no se olviden de indicar en sus fórmulas que desean inyectables del Laboratorio Ibaro, Tolosa (Guipúzcoa), farmacéutico Dr. M. Crespo, laureado con el premio extraordinario en la Licenciatura y Doctorado por la Universidad Central.

Excipiente inerte.—En descuidándose la fortuna con el alifio de un hombre, se descuida él con el alifio.

(Zabaleta.)

Hay algunos que toman á ofensa personal el que se les diga que hablan un *dialecto*, sin duda porque les molesta todo lo que huele á *dialectica*.

(Ich.)

Tréparsol.—Producto arsenical por vía bucal para el tratamiento de la sífilis. Acompañamos prospecto y recomendamos el pedido de muestras al representante en España, Robert Soyer, Consejo de Ciento, 243, Barcelona.

Sederosa.—Productos Opoterápicos.—Del Laboratorio y Farmacia Americana, Carrera de San Jerónimo, 1, Madrid, acompañamos un prospecto sobre las preparaciones indicadas, que recomendamos.

Bileyl Fournier.—Acompañamos al presente número prospecto y tarjeta sobre el *Bileyl*, recomendando el pedido de muestras al representante en España, Sr. Beneyto, Lealtad, 5 y 7, Madrid.

Oposiciones á médicos.

La Editorial Campos, Peligros, 3, tiene apuntes para las próximas oposiciones á Beneficencia municipal de Madrid, á 75 pesetas; Sanidad Militar, 75 pesetas; Sanidad de la Armada, 75; Sanidad Exterior, 75; Inspectores provinciales, 60; Prisiones, 50; Forenses, 50; Subdelegados, 30, etc. y programas.

LABORATORIO DE ANÁLISIS

Doctor Giral.—Catedrático y Académico.

Atocha, 35.—Teléfono M-33.—Madrid.

Orinas, espútos, alimentos, aguas, minerales, abonos, combustibles, productos industriales, etc.—Tarifas gratis.

Hojas patentadas con gráficos y cuadros de composición.

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPÁ

MAJOR L., y Estañó coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34.—Valencia.



Jugo de uvas sin fermentar. Es el mejor alimento líquido para enfermos y convalecientes, *tifus gástricas*. A. J. S. y ESCO-FET. Tarragona.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con

CREOSOTAL

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc.

Farmacia del Dr. Benedicto, San Bernardo, 41, MADRID

El papel de esta Revista está fabricado especialmente por la A. G. P. para EL SIGLO MEDICO.

Sucessor de Enrique Teodoro.—Glorieta de Sta. M.^a de la Cabeza, 1